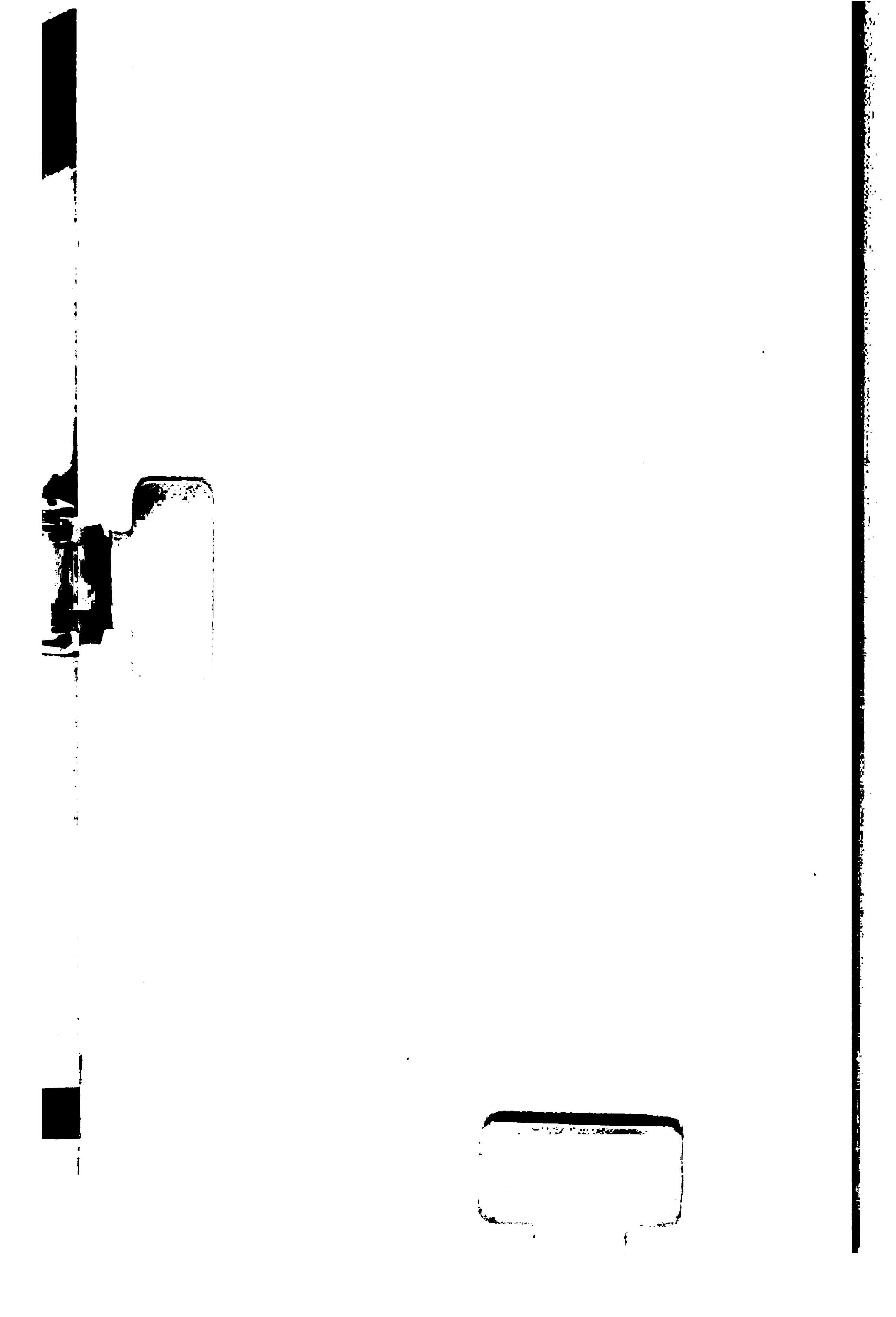

UC-NRLF
B 4 619 441



# Lehrbuch

der

# Speziellen Psychiatrie

für

Studierende und Ärzte

von

Professor Dr. Alexander Pilcz

Fünfte verbesserte Auflage

---

Leipzig und Wien
F r a n z  D e u t i c k e
1920

Verlags-Nr. 2490

# Lehrbuch

der

# Speziellen Psychiatrie

für

## Studierende und Ärzte

von

Professor Dr. Alexander Pilcz

Fünfte verbesserte Auflage

---

Leipzig und Wien

Franz Deuticke

1920

Verlags-Nr. 2490

**Manzsche Buchdruckerei, Wien.**

Meinem hochverehrten Lehrer

Herrn

Hofrat Professor Dr. Julius Wagner v. Jauregg

in aufrichtigster Dankbarkeit und Verehrung gewidmet.

## Vorrede zur ersten Auflage.

Wenn ich trotz der großen Anzahl von Lehrbüchern der Psychiatrie auch mich mit einem derartigen Versuche an die Öffentlichkeit wage, so leiteten mich zwei Gründe.

Bei der Unsicherheit und Unvollkommenheit unseres Wissens, welche die eigenartigen Schwierigkeiten gerade dieser Disziplin mit sich bringen, muß jedes Lehrbuch der Irrenheilkunde mehr als ein solches der übrigen medizinischen Fächer ein subjektives Gepräge an sich tragen, verschieden nach der Lehrkanzel oder Anstalt, der es entstammt. Man wird es daher begreiflich finden, daß in dem vorliegenden Buche hauptsächlich die Lehren jener Schule zum Ausdrucke kommen, in der ich, und zwar ex cathedra und durch persönlichen Verkehr, mein Fachwissen erworben habe.

Ferner meine ich, daß noch immer Platz sei für ein den Bedürfnissen des praktischen Arztes und der Studierenden angepaßtes Buch, welches jegliche Theorie, anatomische, psychologische, historische Auseinandersetzungen als für den unmittelbaren praktischen Zweck überflüssig zur Seite läßt, das aber doch mehr als ein einfaches „Repetitorium" sein soll.

Diesem rein praktischen Zwecke entsprechend habe ich einen sogenannten „allgemeinen" Teil überhaupt nicht aufgenommen, sondern beginne sofort mit der Schilderung der einzelnen nosologischen Typen, wobei ich das Hauptgewicht auf die aus der Symptomatologie sich ergebende Differentialdiagnose und damit Prognose, sowie auf Erörterung der Therapie verlege. Stellenweise kleiner Druck, sowie Überschriften dürften die Übersichtlichkeit erhöhen.

Die Klassifikation, einer der vielen heiklen Punkte der Psychiatrie, soll nur ein Versuch sein, den wichtigsten Krankheitsformen Rechnung zu tragen. Im Anhange habe ich die wichtigsten für Österreich und Deutschland gültigen einschlägigen Gesetzesbestimmungen, Aufnahmsbedingungen für Anstalten u. dgl. zusammengestellt.

Aus dem oben angedeuteten Grunde glaube ich auch von Literaturangaben vollständig absehen zu können. Dem Praktiker ist es doch wahrlich gleichgültig, ob dieses Phänomen zuerst im x. Bande der

„Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie", S. so und so viel vom Autor A, jenes im y. Bande des „Journal of mental science" von B beschrieben wurde. Sollte vielleicht auch ein Fachkollege gelegentlich in dem Buche blättern, so wird er — hoffe ich — den Eindruck gewinnen, daß Vf. nicht bloß bei Beschreibung der einzelnen Krankheitserscheinungen konkrete Beispiele eigener Erfahrung vor Augen hatte, sondern auch die ältere und moderne Literatur überall eingehend berücksichtigte. Nur hier, in der Vorrede, gestatte ich mir den Hinweis darauf, daß ich selbstverständlich nicht nur die Lehrbücher von v. Krafft-Ebing, Meynert, Kräpelin, Ziehen usw., die Monographien von Neisser, Bonhoeffer, Ritti, Hitzig, Lombroso usw. stets zu Rate zog, sondern auch die wichtigeren als Journalartikel niedergelegten Publikationen verwertete. Daß ich dabei besonders Arbeiten der Wiener Schule herangezogen habe — Berze, Elzholz, Hirschl, v. Sölder, Redlich, Raimann, Stransky usw. — glaube ich betonen zu dürfen.

Vor allem aber „zitiere" ich v. Wagner, meinen ehemaligen Chef und Lehrer, dessen Vorlesungen und zahllosen mündlichen Belehrungen ich überhaupt vieles verdanke, was ich in dem schwierigen Fache der Psychiatrie an Wissen besitze.

Wien, Jänner 1904.

**Dr. Pilcz.**

# Vorrede zur fünften Auflage.

Ich habe nur wenige Worte dieser Neuauflage vorauszuschicken. An dem Grundplane, das Hauptgewicht auf Erörterung der praktisch wichtigen Dinge zu legen, habe ich nichts geändert. Neuere Erfahrungstatsachen wurden überall möglichst berücksichtigt. Schon die wenigen Friedensjahre nach Erscheinen der dritten Auflage brachten vielfach bedeutende Fortschritte, und die Kriegserfahrungen lehrten uns zwar nicht prinzipiell neue, uns vordem nicht bekannte Krankheitsbilder kennen, doch vertieften und erweiterten sie in vielen Punkten unsere Kenntnisse, und so erfuhr fast jedes Kapitel Ergänzungen und Änderungen.

Auf gewisse strittige Tagesfragen, auf neueste Ergebnisse, deren klinischer Wert einstweilen noch zweifelhaft erscheint, bin ich nicht eingegangen. Das Buch wendet sich nicht an den Fachkollegen, sondern ist für Studierende und für den praktischen Arzt geschrieben. Daß es sich in diesen Kreisen bisher Freunde erworben, darf ich mit freudigem Stolze sagen; daß dies in Hinkunft so bleiben möge, darauf ist mein Bestreben gerichtet.

Auch diesmal sei betont, daß dieses Lehrbuch vornehmlich die Lehren der Wagnerschen Schule zum Ausdrucke bringt, der anzugehören ich dankbaren Herzens stets mich rühmen werde.

Seit Kriegsbeginn in einer leitenden Stelle als Militärpsychiater tätig und auf ein nach vielen Tausenden zählendes Material von „Kriegspsychosen" zurückblickend, darf ich wohl sagen, daß ich hinsichtlich der kriegspsychiatrischen Erfahrungen überall auf ein ungewöhnlich großes persönliches Material mich stützen konnte.

Wien, 1919.

**Dr. Pilcz.**

# Klassifikation.

I. Akute funktionelle Geistesstörungen.
- *a)* Melancholie.
- *b)* Manie.
- *c)* Amentia.
  Delirium acutum.

II. Chronische funktionelle Geistesstörungen.
- *a)* Paranoia.
- *b)* Die periodischen Geistesstörungen.

III. Alkoholische Geistesstörungen.
- *a)* Delirium tremens.
- *b)* Akuter Alkoholwahnsinn — Halluzinose.
- *c)* Pathologische Alkoholreaktion.
- *d)* Alkoholparanoia.
- *e)* Korsakoffsche Psychose.

IV. Die Verblödungsprozesse.
- *a)* Dementia paralytica.
- *b)* Dementia senilis.
- *c)* Dementia arteriosklerotica.
- *d)* Geistesstörungen bei Hirnkrankheiten.
- *e)* Dementia praecox.

V. Thyreogenes Irresein.
- *a)* Myxödem- und Basedowpsychosen.
- *b)* Kretinismus.

VI. Irresein bei den großen Neurosen.
- *a)* Epileptisches Irresein.
- *b)* Hysterisches Irresein.

VII. Angeborene Defektzustände.
- *a)* Idiotie.
- *b)* Imbezillität.
  Der moralische Schwachsinn.

VIII. Psychopathische Minderwertigkeiten.
- *a)* Die „Süchtigen“.
- *b)* Zwangsvorstellungen.
- *c)* Impulsives Irresein.
- *d)* Psychopathia sexualis.
- *e)* Pseudologia phantastica.
- *f)* Die konstitutionelle Neurasthenie.

# Inhaltsverzeichnis.

## II. Die funktionellen chronischen Geistesstörungen.



## III. Die alkoholischen Geistesstörungen.

## IV. Die Verblödungsprozesse.

## V. Die thyreogenen Geistesstörungen.



## VI. Das Irresein bei den großen Neurosen.

## VII. Die angeborenen Defektzustände.



## VIII. Die psychopathischen Minderwertigkeiten.

# I. Die akuten funktionellen Geistesstörungen.

## I. KAPITEL.

## DIE MELANCHOLIE.

Die Melancholie ist gekennzeichnet durch eine primär ängstliche, traurige Verstimmung mit Erschwerung und Hemmung der psychischen Prozesse und eigenartigen Störungen der Motilität, wobei häufig auch der Affektlage adäquate Wahnideen auftreten.

### A. Symptome.

#### a) Psychische.

Der Affekt der Traurigkeit oder der Ängstlichkeit an sich ist nicht krankhaft. Erstere ist die psychische Reaktion auf ein Übel, das schon eingetreten, gegenwärtig vorhanden ist, letztere gegenüber einem bevorstehenden, zu befürchtenden Mißgeschick. Als krankhaft wird die Stimmungslage dann anzusehen sein, wenn sie primär auftritt, d. h. ohne adäquate Ursache. Das Primäre der Verstimmung wird besonders klar ersichtlich in Fällen, bei welchen die affektive Störung (zugleich mit später zu erörternden Anomalien auf dem Gebiete der Psychomotilität und des Assoziationsprozesses) vorliegt, ohne daß die Patienten selbst imstande wären, dafür irgendwelche Motive anzugeben (Melancholia simplex, sine delirio). Die Kranken sind traurig und können nicht sagen warum, sie empfinden heftige Angst und vermögen nicht zu sagen wovor. Die Ängstlichkeit ist vollständig inhaltslos, vergleichbar etwa der Angstempfindung geistig gesunder Personen bei Lufthunger, bei stenokardischen Anfällen. In anderen Fällen werden von den Kranken verschiedene Erklärungen versucht, äußere, an sich reale Umstände oder Vorkommnisse herangezogen zur Motivierung der Verstimmung. In einer anderen Reihe von Fällen kommt es endlich zu echten Wahnideen (vide unten).

Es besteht also traurige, ängstliche Verstimmung; die Kranken sind überhaupt nicht imstande, Lustgefühle zu empfinden, und daher

lösen auch Reize und Situationen, die normalerweise mit Lustgefühlen verbunden sind, nicht die entsprechenden Empfindungen aus (psychische Anästhesie). Die Kranken verlieren zunächst jede Freude an Unterhaltungen, an ihren früheren Liebhabereien usw. Diese Erscheinung bildet häufig für die Patienten eine Quelle peinlicher Selbstvorwürfe. Leute, die in ihren gesunden Tagen z. B. in religiösen Übungen Erhebung fanden, klagen sich nun an, daß sie nicht mehr beten können, d. h. sie vermögen zwar mechanisch die Gebetformeln herzuplappern, fühlen dabei aber nicht die innere Erbauung; sie zeihen sich der Lieblosigkeit ihrer Familie gegenüber, da der Anblick geliebter Personen ihnen keine Freude bereitet usw. Gewöhnlich liegt nicht nur die Unmöglichkeit vor, angenehme Gefühle zu empfinden, sondern Reize irgendwelcher Art lösen nur unangenehme Gefühle aus (vergleichbar der Anaesthesia dolorosa); die Kranken sind daher empfindlich gegen äußere Reize (psychische Hyperästhesie), ein Punkt, der besonders für die Behandlung von Wichtigkeit ist. Wie die Kranken überhaupt keine angenehmen Vorstellungen in sich erwecken können, so findet bei ihnen auch der Gedanke nicht Raum, daß dieser höchst qualvolle Zustand sich je ändern oder ganz schwinden könne. Ein tiefer Pessimismus, absolute Hoffnungslosigkeit gehört zu den charakteristischen Erscheinungen der Melancholie und bildet einen Hauptgrund unbezwinglichen Lebensüberdrusses und der hartnäckigen Selbstmordneigung derartiger Kranker.

Das Selbstbewußtsein der Patienten ist tief gesunken, was sich auch in dem später zu erörternden charakteristischen Selbstanklagewahn und Versündigungswahn ausdrückt.

Auf assoziativem Gebiete besteht eine bedeutende Erschwerung und Verlangsamung. Ohne daß das Gedächtnismaterial wirklich Einbuße erlitten hätte, steht es den Kranken nicht prompt zur Verfügung, die Reproduktion ist erschwert. Die einfachsten Gedankenoperationen bereiten ungemeine Schwierigkeiten. Die Kranken selbst empfinden diesen Zustand als ein ihnen höchst peinliches Gefühl geistiger Verödung, sie kommen sich wie verblödet, ganz dumm vor. „Mein Kopf ist ganz leer — es fällt mir nichts ein" — usw. sind recht häufige Äußerungen. Dementsprechend sind die sprachlichen Äußerungen spärlich, monoton, erfolgen in halbwegs schweren Fällen überhaupt nicht spontan, sondern nur über wiederholtes unermüdliches Fragen, in einsilbiger Weise, zögernd. Auch dort, wo ein lebhafter Angstaffekt die Patienten sehr viel reden läßt, ist diese Gesprächigkeit nur eine scheinbare. Der Inhalt ist monoton, es sind stets dieselben wenigen einförmigen Redewendungen, meist Interjektionen, die immer wieder vorgebracht werden, „oh mein Gott — Jesus Maria — was geschieht mit mir — was habe ich denn getan?" usw.

Zuweilen besteht ein peinlicher Grübelzwang; es sind immer ein und dieselben unangenehmen Gedanken, die wieder und wieder sich aufdrängen. Auch echte Zwangsvorstellungen kommen vor.

Bezüglich der Psychomotilität verhalten sich nun die Kranken verschieden, je nach dem Vorherrschen der einfach traurigen oder ängstlichen Verstimmung. Zwar gibt es kaum einen Fall, bei welchem nicht beide der eben genannten Affektlagen bestünden, doch kann im Krankheitsbilde im konkreten Falle vorübergehend oder dauernd vorzugsweise ein bestimmter Affekt prävalieren.

Die einfach traurige Verstimmung oder die Angst beeinflussen nun das Gebaren der Kranken in eigenartigem Maße, so daß man die Melancholie nach dem psychomotorischen Verhalten auch einteilen kann in die Melancholia passiva und Melancholia activa (agitata). Bei ersterer herrscht Hemmung nicht bloß auf assoziativem Gebiete, sondern auch die Umsetzung der psychischen Prozesse in Handlungen ist erschwert. In den leichtesten Graden erscheinen die Kranken für die Laienumgebung als „faul" oder „erschöpft"; sie vermeiden möglichst jedes Gespräch, jede Tätigkeit, jede Berührung mit der Außenwelt, liegen am liebsten den ganzen Tag beschäftigungslos auf dem Sofa oder im Bett („Bettsucht"), es bemächtigt sich der Kranken eine eigentümliche Unentschlossenheit, Zweifelsucht, Willenlosigkeit (Aboulie), sie können sich zu nichts aufraffen, vernachlässigen ihren Beruf, verabsäumen, sobald die Störung höhere Grade erreicht, sogar die primitivsten Obliegenheiten des täglichen Lebens, wie Sorge für Körperpflege, Reinlichkeit. In den schwersten Graden wird diese Bewegungsarmut zum Stupor. Die Kranken liegen äußerungs- und regungslos dahin, die Augen meist geschlossen, sprechen weder spontan noch auf Fragen (Mutazismus), nehmen keine Nahrung zu sich, lassen ihre Exkremente unter sich und bleiben darin liegen, lassen willenlos mit sich alles vornehmen (Melancholia attonita s. cum stupore). Über Differentialdiagnose vide Kap. XI, D.

Schon dem physiologischen Angstaffekt dagegen wohnt die Tendenz zu motorischen Entladungen inne. Man vergegenwärtige sich nur Leute, die in jenen leichtesten Graden ängstlicher Verstimmung sich befinden, wie sie etwa durch Verlegenheit oder ängstliche Erwartung gegeben ist. Die Leute halten nicht still, trippeln auf und ab, zupfen am Barte, an der Kleidung umher usw. Bei starker Ängstlichkeit, wie z. B. gelegentlich einer Feuersbrunst oder dergleichen, kommt es zu raptusartigen, völlig unbedachten und ungewollten Handlungen. Dementsprechend befinden sich auch die Kranken bei einem pathologischen Angstaffekt in steter Unruhe; von Hemmung ist keine Rede, beziehungsweise sie wird durch die Angst durchbrochen, die Patienten scheuern, wischen und zupfen rastlos an den Kleidern, an

ihrem Körper umher (manche solcher Kranker weisen zahllose Kratzeffekte auf, die sie sich selbst zugefügt), sie ringen die Hände, raufen sich die Haare aus, reißen sich die Haut mit den Zähnen herunter, rutschen auf den Knieen umher, jammern, schreien, stöhnen. Zuweilen beobachtet man triebartiges Masturbieren, was hinterher erst recht wieder eine Quelle heftigster Selbstvorwürfe abgibt. Namentlich wenn die Ängstlichkeit plötzlich paroxysmusartig ansteigt (vide später), führt dies zu heftigen psychomotorischen Entladungen (Raptus melanchol.), zu blindlings ausgeführten Gewalttaten gegen sich selbst oder gegen die Umgebung.*) Während die starke Hemmung und Aboulie bei der einfach traurigen Verstimmung der Selbstmordabsicht ein freilich nur bis zu einem gewissen Grade wirksames Gegengewicht hält, ist die Gefahr des Suicids bei den Angstmelancholikern eine außerordentlich große.

Es wurde oben erwähnt, daß die ängstlich-traurige Verstimmung vielfach von den Kranken selbst nicht motiviert werden kann. In anderen Fällen sind es mehr minder harmlose Einzelheiten aus dem Vorleben der Patienten oder äußere Umstände, welche die Affektlage erklären sollen, ebenso gewisse Symptome der Melancholie selbst, wie die Arbeitsunfähigkeit, die Denkhemmung, das gesunkene Selbstbewußtsein, die psychische Anästhesie. Häufiger als früher nahm z. B. gerade in der gegenwärtigen Zeit der Inhalt der Wahnideen das Gepräge der Furcht vor Verarmung, Zugrundegehen usw. an. Es kommt ferner zum typischen Selbstanklagewahn. Ein Mann hat vielleicht als Schuljunge onaniert oder beim Kartenspiele ein wenig „gemogelt" und macht sich nun nach Jahrzehnten darüber die bittersten Vorwürfe, eine Matrone klagt sich in den beweglichsten Worten irgend eines harmlosen Flirtes aus der Zeit ihrer Tanzschulstunden an. Einer unserer Kranken quälte sich sogar mit dem Gedanken, seinen Hausarzt nicht genügend honoriert zu haben. Die Kranken verzweifeln an ihrem Seelenheil, der Herrgott habe sie verlassen, sie seien große Sünder; um ihr Seelenheil zu retten, vermachen manche dieser Kranken ihr ganzes Vermögen der Kirche für Seelenmessen oder fromme Stiftungen; sie könnten nichts mehr arbeiten, seien ganz schlecht, verdienten nicht die Mühe, die man sich ihretwegen gäbe, sie verdienten die härtesten Strafen, wegen ihrer Faulheit müßte die ganze Familie verhungern.

---

*) Auch Fälle mit einfach trauriger Verstimmung können gelegentlich für die Umgebung gefährlich werden. Dem Selbstmorde geht die Tötung anderer Familienmitglieder voraus, „um auch sie zu erlösen", „um sie in dem Elende nicht allein übrig zu lassen". Manche Melancholiker begehen irgend eine Straftat, „um hingerichtet zu werden", da sie „zu feige" seien, selbst ihrem Leben ein Ende zu machen (indirekter Selbstmordversuch).

Diese Fälle leiten schon hinüber zu den eigentlichen Wahnideen bei der Melancholie (Melancholia cum delirio). Die Kranken klagen sich Verbrechen an, die sie niemals begangen haben, ja niemals begehen konnten, Verbrechen ganz ungewöhnlicher Art und Ausdehnung. Sie hätten nicht nur sich, sondern ihre ganze Familie, die ganze Welt unglücklich gemacht, sie seien schuld an allgemeiner Hungersnot, an dem Tode Christi, am Weltkrieg, hätten alle syphilitisch angesteckt, seien vom Teufel besessen, hätten mit demselben sich fleischlich vermengt, Hostien geschändet (Dämonomanie), Soldaten, denen ein Granatsprengstück den Oberschenkel zerschmettert hat, bezichtigen sich der Selbstverstümmelung, andere, in den terminalen Stadien der Tuberkulose, daß sie Drückeberger seien, ihre Krankheit nur simulierten usw. Manchmal haben die Wahnideen hypochondrische Färbung; das Gehirn sei eingetrocknet, sie seien ganz verfault, voll von Würmern, könnten nichts essen, sie seien tot, sie existierten überhaupt nicht mehr, es gebe nichts auf der Welt, alles sei zugrunde gegangen (nihilistische Wahnideen), sie seien gar keine Menschen mehr, sondern Tiere (Lykanthropie der Alten), entsetzliche Strafen harren ihrer, das Schafott sei hergerichtet, sie würden nackt auf einer Insel ausgesetzt; wegen der (vielleicht realen) Veruntreuung einer kleinen Summe würden sie hingerichtet, sollten gerädert, verbrannt werden, könnten gar nicht sterben, müßten immer leben usw.

In dem Maße als das Selbstbewußtsein sinkt, steigt naturgemäß in der Beurteilung der Wert der Außenwelt, und so kommt es zu den eigentümlichen Größenideen durch Kontrast, die gelegentlich bei Melancholischen beobachtet werden können. Die Vergangenheit erscheint in verklärtem Lichte; damals sei alles so gut und schön gewesen, damals seien sie gescheit und brav gewesen, aber jetzt sei alles anders; oder die Kranken machen Äußerungen wie z. B.: alle anderen seien viel zu edel und gut gegen sie, sie, die elenden Verbrecher, seien in einem herrlichen Palaste, unter Königen, Prinzen, Heiligen, Engeln, das Essen sei zu kostbar.

Die Bildung reichlicher Wahnideen, namentlich solcher ungeheuerlicher Art, ist übrigens ein Zeichen geschwächter Kritik; man findet derartiges also bei Leuten, welche eine gewisse psychische Schwäche aufweisen, bei von Haus aus Imbezillen und besonders bei senilen Individuen. Das Auftreten abundanter Wahnideen bei einer Melancholie ist daher auch prognostisch ungünstig aufzufassen; nicht selten gehen derartige Fälle in einen chronischen Zustand dauernder Demenz über.

Das Gebaren der Kranken wird auch durch die Wahnideen in mehrfacher, bis zu einem Grade charakteristischer Weise beeinflußt. Das gesunkene Selbstbewußtsein der Patienten z. B. prägt sich auch

darin aus, daß sie Sorge tragen (analog etwa der physiologischen übertriebenen Bescheidenheit und Devotion), sich nicht bequem und breit ins Bett zu legen oder auf einen Stuhl zu setzen. Sie nehmen nur die äußerste Kante ein, ein ganz kleines Plätzchen („Bettrandstellung“), „weil sie des schönen Bettes nicht wert sind“. Die Wahnideen führen auch oft zu Nahrungsverweigerung (die also bei der Melancholie nicht nur in den stuporösen Fällen vorkommt); die Kranken wollen nicht essen, weil sie die Speisen gar nicht verdienen, weil sie verhungern wollen, oder weil sie Gift in den Speisen vermuten (Sitophobie, Abstinieren).

Eigentliche Sinnestäuschungen*) sind bei der echten Melancholie wohl recht selten, kommen aber entschieden vor; namentlich werden hypnagoge Halluzinationen, d. h. beim Einschlafen, häufiger angegeben, meist recht einförmiger Art und im Einklange mit der traurig-ängstlichen Verstimmung. (Drohende scheußliche Fratzen, beschimpfende und drohende Zurufe usw.) Häufiger als echte Halluzinationen sind Illusionen, d. h. an sich reale Sinneseindrücke werden wahnhaft verfälscht (es ist dies namentlich bei der Angstmelancholie der Fall). Aus dem Reden der Umgebung heraus hören die Patienten Anklagen, Beschimpfungen, Drohungen, das Geräusch von im Nebenzimmer mit Eßgeschirr hantierenden Personen wird gedeutet als Kettengerassel, als Vorbereitungen für die Hinrichtung usw. In manchen Fällen aber spielen die Sinnestäuschungen, speziell auf dem Gebiete des Gehörsinnes, eine größere Rolle (akute paranoide Angstpsychose). Die Kranken beteuern unter Zeichen lebhafter Angst ihre Unschuld, von allen Seiten schimpfe man sie Spione, Verräter, Simulanten, „Hurentreiber“ usw. oder sie bezichtigen sich der verschiedensten Verbrechen und jammern gleichzeitig, daß man ja ohnehin alles über sie wisse; nicht nur aus den Gebärden und Anspielungen der Umgebung hätten sie dies bemerkt, sondern sie hörten ja in ständiger Wiederholung die beschimpfenden Zurufe und Vorwürfe. (Gerade der Krieg brachte uns diese Formen in einer Häufigkeit, wie wir sie in Friedenszeiten zu sehen nicht gewöhnt waren.) Wieder in anderen Fällen mit dauernd traurig-ängstlicher Verstimmung sind die Sinnestäuschungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten sehr reichlich, wechselnder, wobei auch gleichzeitig ein gewisses Maß von Verwirrtheit besteht. Derartige Bilder leiten fließend hinüber zu einer

---

*) Mit Halluzination bezeichnen wir eine Sinnestäuschung, bei welcher eine äußere Reizquelle nicht vorhanden ist, mit Illusion eine solche, bei welcher es zur krankhaften Verfälschung und sohin veränderten Wahrnehmung eines an sich realen Sinnesreizes kommt. Im konkreten Falle kann freilich diese Unterscheidung schwierig, ja unmöglich fallen, (namentlich gilt dies von den Geruchs- und Geschmacks- sowie den Täuschungen der Organempfindungen).

anderen akuten Geistesstörung, zur halluzinatorischen Verworrenheit. (Man spricht auch von einer depressiven Amentia; vide Kap. III, D.)

Das Sensorium ist fast in allen Fällen ungetrübt. Die räumliche, zeitliche Orientierung, Beurteilung der Personen, der Umgebung usw. ist erhalten. Die Kranken sind nicht verwirrt. Daraus, aus der Fähigkeit der Patienten, die Außenwelt richtig zu beurteilen (abgesehen von der das Wesen der Krankheit bedingenden primären Stimmungsanomalie und den Erklärungs-Wahnideen), ergibt sich noch ein Symptom, das bei manchen Melancholikern in Erscheinung tritt und das sonst nur noch bei der Paranoia eine besondere Rolle spielt, die Dissimulation. Manche Kranke (zumeist Fälle einfach trauriger Verstimmung und ohne Wahnideen) sind imstande, oft in ganz erfolgreicher Weise ihre Stimmungslage zu verbergen, eine gewisse Krankheitseinsicht und Heiterkeit vorzutäuschen, nur um eine Verminderung der Wachsamkeit seitens der Umgebung zu erzielen und so leichter einen Selbstmordversuch ausführen zu können.

**b) Somatische Symptome.**

Von auffallenden Erscheinungen in der körperlichen Sphäre müssen zunächst folgende genannt werden, die nicht nur der Melancholie allein, sondern den akuten funktionellen Geistesstörungen überhaupt zukommen. Das Körpergewicht sinkt stetig, schon vor Beginn der Erkrankung, und nimmt dauernd einen mehr minder tiefen Stand ein, um erst dann — und zwar manchmal ganz auffallend rasch — wieder anzusteigen, wenn entweder die Heilung sich vorbereitet oder die Psychose in einen sekundären Schwächezustand übergeht. Beim weiblichen Geschlecht besteht gewöhnlich während der Dauer der Melancholie Amenorrhoe oder Unregelmäßigkeiten, öfteres Ausbleiben der Menses. Diese Störungen machen einem geregelten Menstruationsprozeß gleichfalls erst dann Platz, wenn die Geistesstörung heilt oder in sekundäre Demenz sich umwandelt. Konstantes regelmäßiges Ansteigen des Körpergewichtes und Wiedereintreten der Regeln, ohne daß gleichzeitig eine merkliche Besserung im psychischen Zustandsbilde sich kundgibt, müssen daher als Signa mali ominis aufgefaßt werden. Endlich ist der Schlaf meist hochgradig gestört.

Neben diesen Erscheinungen beobachtet man bei der Melancholie noch eine Reihe von anderen bemerkenswerten körperlichen Symptomen, die bei den übrigen akuten Psychosen nicht konstant sind oder ganz fehlen. Der Blutdruck ist meist abnorm hoch, namentlich gilt dieses für die Fälle von Angstmelancholie. Die Zirkulation ist bei der einfach-traurigen Verstimmung meist verlangsamt; es zeigen sich Stasen, die distalen Anteile der Gliedmaßen sind kühl, livid verfärbt und manchmal ödematös geschwollen.

Die Se- und Exkretion ist meist herabgesetzt (manchmal versiegt auch die Tränensekretion, „tränenloses Weinen"), es besteht gewöhnlich hochgradige Anorexie, Widerwillen gegen Nahrung (ganz abgesehen von den oben erwähnten Fällen wahnhaft bedingter Sitophobie) und eine sehr hartnäckige Obstipation.

Der Muskeltonus ist herabgesetzt. Abgesehen von allerlei leichten neuritischen Erscheinungen (die bei akuten Geistesstörungen überhaupt nicht selten nachgewiesen werden können, die aber gerade bei der Melancholie weniger häufig angetroffen werden als z. B. bei der Amentia), verdient eine besondere Erwähnung die Druckschmerzhaftigkeit der Nerven, speziell der Valleixschen Punkte gerade bei der Angstmelancholie.

Es wurde schon oben erwähnt, daß der Angsteffekt zuweilen paroxysmenartige Exazerbationen erkennen läßt, nach Art des anfallweisen Auftretens von Schmerzattacken bei einer Neuralgie. Es ist nun sehr bemerkenswert, daß das Angstgefühl recht häufig ganz genau lokalisiert wird, und zwar zumeist in praecordio, aber auch die Stirn oder der Bauch usw. wird als Sitz des Angstgefühles angegeben. Man findet nun, daß in derartigen Fällen bestimmte Nervenpunkte exquisit druckschmerzhaft sind (am häufigsten also wird ein Druckpunkt im Bereiche des V. oder VI. linken Interkostalnerven angetroffen, oder am Supraorbitalis usw.), welche Druckempfindlichkeit zugleich mit den Exazerbationen der Angst eine beträchtliche Steigerung erfährt.

Die Beziehungen zwischen Neuralgie und Angst werden noch evidenter durch den Erfolg der Therapie (vide dieses Kapitel). (Über einen sehr bemerkenswerten Zusammenhang zwischen Schmerz und Angst vide auch unter Dysphrenia neuralgica, Kap. V, A, c und B, f.)

Kopfdruck oder starke Kopfschmerzen sind gleichfalls recht häufig und lassen ihre Zugehörigkeit zum Krankheitsbilde durch den Umstand erkennen, daß sie bei Leuten auftreten, welche vordem nicht an dergleichen gelitten hatten, und daß sie mit dem Aufhören der Psychose auch spontan schwinden.

**Mittels des Dialysierverfahrens ließ sich in nicht wenigen Fällen Abbau von Leber nachweisen.**

## B. Verlauf.

Der Beginn der Melancholie ist gewöhnlich ein protrahierter. Vage Angstgefühle, grundlose Traurigkeit, allmähliche Abnahme der Denk- und Arbeitsfähigkeit, Sinken des Körpergewichtes leiten das Krankheitsbild ein. Ebenso allmählich vollzieht sich die Rekonvaleszenz, welche gewöhnlich einen eigentümlich remittierenden Verlauf

zeigt. Tage relativen Wohlbefindens wechseln ab mit Rückfällen schweren Pessimismus. Es ist gerade dieser Punkt besonders wichtig bezüglich der Selbstmordgefahr. Einerseits wird der Lebensüberdruß der Kranken, die eben schon zu hoffen begannen, durch diese Rückfälle in hohem Grade gesteigert, anderseits läßt die Umgebung, durch die anfängliche Besserung verleitet, nur zu leicht in ihrer Wachsamkeit nach. Manchmal gehen die Patienten erst durch ein leicht manisch gefärbtes Rekonvaleszenzstadium hindurch, ehe sich allmählich Heilung einstellt.

Während der Dauer der Erkrankung selbst kann bei den meisten Fällen ein ziemlich regelmäßiger täglicher Intensitätswechsel beobachtet werden, derart, daß die Patienten gegen Abend zu immer ein wenig freier werden, während gerade die Früh- und Vormittagsstunden für die Kranken am qualvollsten sind. (Ähnliches gilt bekanntlich auch von vielen Neurasthenikern.)

Von allen akuten funktionellen Geistesstörungen dauert die Melancholie durchschnittlich am längsten; man muß sich auf $^1/_2$ bis 1 Jahr gefaßt machen, aber auch bei Fällen von mehrjähriger Dauer muß nicht jede Hoffnung aufgegeben werden.

## C. Prognose.

Die Melancholie ist eine heilbare Geistesstörung. Die Prognose wird jedoch getrübt erstens durch die eminente Selbstmordgefahr der Patienten. Man darf z. B. ruhig behaupten, daß ein gut Teil all der äußerlich ganz unmotivierten Selbstmorde, über welche die Tagesblätter berichten, auf Rechnung verkappter Melancholiker zu setzen ist; ein glücklicherweise recht geringes Prozent der Fälle geht an Erschöpfung zugrunde. Abgesehen davon verläuft ein Teil typischer Melancholien aus uns vorläufig durchaus unbekannten Gründen nicht günstig, sondern endet in einen chronischen Schwächezustand, in sogenannte sekundäre Demenz. Während die Kranken körperlich sich rasch erholen, zuweilen sogar abnorm fett werden, blaßt bei Fortbestehen der Wahnideen der ängstliche oder traurige Affekt allmählich ab, ja es zeigt sich manchmal ein eigentümliches Mißverhältnis zwischen Stimmung und Inhalt der Wahnideen. In affektloser Weise, zuweilen sogar bei lächelnder Miene werden noch die alten Wahnideen hergeleiert, die Kranken veröden in geistiger Beziehung; in den schwersten Fällen etabliert sich ein Zustand so hochgradiger Demenz, daß die Patienten ein rein vegetatives Dasein führen.

Die Melancholie neigt, wie die akuten funktionellen Geistesstörungen überhaupt, zu Rezidiven.

## D. Differentialdiagnose.

Der Zustand der echten Melancholie, wie sie als einmalige heilbare Geistesstörung auftritt, kann erstens verwechselt werden mit einer Melancholie im Verlaufe einer unheilbaren, weil stetig mit Regelmäßigkeit sich wiederholenden Form psychischer Erkrankung, mit der zirkulären oder periodischen Melancholie (vide später). Absolut verläßliche Kriterien für eine diesbezügliche Unterscheidung besitzen wir nicht. Immerhin verdienen folgende Punkte genannt zu werden, welche im konkreten Falle wenigstens den Verdacht auf periodische Geistesstörung erwecken dürften. Einmal kommt hier das Alter in Betracht. Beileibe nicht ausnahmslos, aber doch ungemein häufig, bedeutet eine im jugendlichen Alter einsetzende Melancholie nur den ersten Anfall einer zirkulären oder überhaupt periodischen Geistesstörung. In hohem Maße verdächtig dafür sind ferner jene Fälle, bei welchen Beginn und Heilung sich nicht allmählich vollziehen, sondern perakut einsetzen. Sehr rasch (innerhalb weniger Tage) eintretenden Heilungen traue man nicht allzu sehr. Man wird gut tun, sich folgende Möglichkeiten stets vor Augen zu halten, entweder Dissimulation (vide oben) oder Bevorstehen einer manischen Phase (zirkuläres Irresein). Das Fehlen jeglicher Menstruationsstörungen wird gleichfalls kaum je bei einer echten, sondern zumeist nur bei periodisch verlaufender Melancholie beobachtet.

Leichte Fälle von Melancholia simplex werden oft mit neurasthenischer Verstimmung verwechselt. Der traurig-ängstliche Affekt zeichnet sich beim Melancholischen durch die absolute Unbeeinflußbarkeit aus. Der Neurastheniker kann jederzeit, wenn auch nur vorübergehend, sozusagen „herausgerissen" werden; eine anregende Gesellschaft, ein freudiges Ereignis, ein spannendes Theaterstück lassen ihn für den Augenblick auf sein Elend vergessen. Wirkungslos prallen dagegen alle Zerstreuungs- und Aufheiterungsversuche an der Depression des Melancholischen ab, ja sie sind eher imstande, dieselbe noch zu verschlimmern. Der Pessimismus und die Willenlosigkeit des Neurasthenikers ist nicht so ausgeprägt; der Patient überläuft Ärzte und Kurpfuscher, versucht der Reihe nach die verschiedenen modernen Panazeen auf -al, -on, -in usw., stürzt sich mit Feuereifer auf das „Müllern", Kneippsystem u. dgl.; nachdem er die endlose Liste seiner Beschwerden vor dem Arzte ausgeschüttet, geht er, für die nächsten Augenblicke getröstet und „aufgepulvert", heim, hoffend, jetzt endlich doch das und den Richtigen gefunden zu haben. Anders der Melancholische; der versucht all dies gar nicht; nur widerwillig, gezwungen durch energisches wiederholtes Zureden der Angehörigen, entschließt er sich erst, überhaupt einen Arzt zu Rate zu ziehen,

es sei ja alles ohnehin umsonst, er sei unrettbar verloren usw. Oder es mangelt das Krankheitsbewußtsein; was solle der Arzt, er (Patient) sei ja nicht krank, sondern nur faul, dumm, schlecht, durch geschlechtliche Ausschweifungen ruiniert. Der Neurastheniker ist Egoist, der Melancholiker Altruist. Ersterer ist ganz beherrscht von dem Gedanken seiner Krankheit, fordert jegliche Rücksichtnahme, jegliches Opfer; zuerst kommt er, der arme Kranke, um welchen sich alles drehen muß; er wirft sofort, tief gekränkt und beleidigt, mit den Ausdrücken „Herzlosigkeit", „Rücksichtslosigkeit" u. dgl. herum, wenn die bekümmerte Gattin auch nur den leisesten Hinweis etwa auf die finanzielle Seite eines neuerlichen kostspieligen Sanatoriumsaufenthalts wagt oder durch Besuch bei einer Freundin oder durch Lektüre von dem steten Anhörenmüssen der ewig gleichen Jeremiaden für einige Augenblicke sich erholen will. Der Melancholische zieht sich in sich selbst zurück, er ist steinunglücklich darüber, daß auch andere durch ihn leiden und in Mitleidenschaft gezogen werden; alle seien viel zu gut mit ihm, er verdiene die viele Mühe und Sorgfalt nicht; er quält sich mit dem Gedanken, daß durch ihn das gesamte Hauswesen in Unordnung gebracht und auf den Kopf gestellt werde, er überhäuft sich mit Selbstvorwürfen, daß er sich nicht besser zusammennehme, sieht den nahen finanziellen Ruin der Familie vor sich, an dem sein Zustand schuld sei. Beim Neurastheniker herrscht mehr der reizbare Unmut vor, der sich gegen andere richtet, beim Melancholiker die ängstlich-traurige Verstimmung mit Kleinheitswahn.

Ferner ist die Hemmung auf psychomotorischem und assoziativem Gebiete bei der Melancholie eine allgemeine, erstreckt sich sowohl auf komplizierte Denkoperationen wie auf die beruflichen Agenden, aber auch auf primitive psychische Leistungen. Bei der Neurasthenie ist diese geistige Insuffizienz mehr elektiv. Derselbe Patient, welcher tatsächlich seinem Berufe nicht mehr gewachsen ist, vermag vielleicht ein verwickeltes Schachproblem rasch zu lösen und wird prompt mit irgend einer anderen an sich recht schwierigen Arbeit fertig, welche ihn gerade interessiert.

Auf eine Differentialdiagnose gegenüber anderen Geistesstörungen — es kommen hier vor allem in Betracht progressive Paralyse, arteriosklerotische Psychosen, Dementia praecox, Paranoia, akute Halluzinose der Trinker, psychogener Depressionszustand — kann erst bei Erörterung der betreffenden Formen eingegangen werden.

## E. Ätiologie.

Dem Alter kommt insofern eine gewisse prädisponierende Bedeutung zu, als, wie oben erwähnt, bei jugendlichen Individuen echte (d. h. nicht zirkuläre) Melancholien relativ selten beobachtet werden.

Das Gros der Melancholien betrifft Individuen in der Zeit der Geschlechtsinvolution oder im Senium.

Der Einfluß psychischer Momente darf nicht ganz geleugnet werden; freilich nicht im Sinne der laienhaften Auffassung, daß der oder jener infolge unglücklicher Liebe tiefsinnig geworden sei, aber vielleicht auf dem Wege der somatischen Sphäre, durch Beeinträchtigung des Ernährungszustandes usw., können dauernd psychisch deprimierende Momente eine Melancholie vermitteln. In der Kasuistik des sogenannten postoperativen Irreseins z. B. sind gewisse für das Leben verstümmelnde Operationen, wie Amputation, Kastration usw., auffallend häufig gerade von Melancholie gefolgt. Freilich kann man sich dagegen tagtäglich davon überzeugen — besonders beweisend sind diesbezüglich Fälle periodischer und zirkulärer Depressionszustände —, daß, wie einerseits freudige Ereignisse spurlos an der tiefen Depression abgleiten, umgekehrt, sobald einmal die Kranken in voller Rekonvaleszenz sich befinden, selbst schwere Schicksalsschläge nur den normalen Traurigkeitsaffekt erzeugen, nicht aber etwa eine wirkliche Rezidive der Krankheit auszulösen imstande sind.

Sehr häufig können wir erbliche Belastung*) nachweisen, und zwar entweder in Form der sogenannten gleichartigen Heredität (also Melancholie auch bei den Eltern, Selbstmordfälle in der Familie) oder einer der anderen affektiven Geistesstörungen (Manie, zirkuläres Irre-

---

*) Gerade wie die Farbe der Augen oder der Haare, wie bestimmte Talente und Charaktereigentümlichkeiten von den Eltern auf die Nachkommen vererbt werden, ebenso kann auch die eigenartige Veranlagung des Zentralnervensystems, auf äußere uns bekannte oder ihrem Wesen nach noch ganz verborgene Schädlichkeiten mit psychischen Störungen zu reagieren, erblich übertragen werden, und wir gelangen so zum Begriffe der Heredität, der erblichen Belastung im eigentlichen Sinne. Natürlich wird nicht die Geisteskrankheit als solche vererbt, sondern eben die bestimmte Disposition zum Auftreten einer solchen. Zwingende Gründe sprechen dafür, das es nicht eine einheitliche Disposition zu Geistesstörungen, sondern deren verschiedene gibt; und diese verschiedenen Dispositionen können sich kombinieren, aber auch einander bis zu einem gewissen Grade ausschließen.

Unter dem Begriffe der erblichen Belastung wird häufig auch ein Vorgang subsumiert, der eigentlich mit der Vererbung nichts zu tun hat und für welchen der Ausdruck der Keimschädigung (Blastophthorie) der zutreffende ist. Es handelt sich um toxisch-infektiöse Schädlichkeiten, welche die Entwicklungsfähigkeit des Keimes zu beeinträchtigen imstande sind (Alkohol, Lues usw.). Nicht die pathologische Veranlagung des Zentralnervensystems, wie sie schon beim Aszendenten bestand, wird auf die Deszendenz vererbt, sondern eine äußere Noxe (Giftwirkung) schädigt den Organismus des Erzeugers und übt sohin einen krankmachenden Einfluß aus auf die Keimzelle.

Dies nur das Notwendigste zum Verständnisse des Begriffes der Heredität, mit welcher wir es bei Besprechung der Ätiologie im folgenden häufig zu tun haben werden. Auf zahlreiche andere Fragen der Hereditätslehre kann hier nicht eingegangen werden.

sein usw.). In vielen Fällen begegnen wir auch einem Hereditätsmomente, das sonst in der psychiatrischen Nosologie keine besondere Rolle spielt, nämlich Apoplexien in der Aszendenz. Bei bestehender Disposition wird häufig eine unmittelbar auslösende Ursache vermißt. In manchen Fällen läßt sich eines jener ursächlichen Momente als die Krankheit unmittelbar erzeugend nachweisen, welche ausführlich bei der Ätiologie der Amentia (Kap. III, C) erörtert werden sollen.

### F. Therapie.

Vor allem erheischt der Angstaffekt eine energische Bekämpfung. Ist es schon einfaches Gebot der Menschlichkeit, die Qualen der jammernden, von entsetzlicher Angst gepeinigten Kranken zu lindern, so stellt sich das Bedürfnis nach Beseitigung dieses Zustandes um so dringender dar, als, wie schon erwähnt, die Gefahr des Selbstmordes gerade bei den Angstzuständen eine besonders hochgradige ist. Während alle unsere Schlaf- und Beruhigungsmittel dem Angstaffekt gegenüber einflußlos bleiben, erweisen sich hier souverän wirksam das Opium und seine Präparate. (Es werden durch diesen Umstand die schon früher erwähnten Beziehungen zwischen Angst und Neuralgie um eine neue bereichert.)

Im allgemeinen bevorzugt wird die interne Verabfolgung von Opium. Nur wo infolge besonders heftiger Angst das Mittel von den Kranken nicht per os genommen wird, soll man zur Pravazschen Spritze greifen. (Extr. opii aquosi, nur als ultima ratio Morphin!) Da das Opium u. a. eine stark sekretionsherabsetzende, speziell obstipierende Wirkung entfaltet, Koprostasen aber einerseits bei allen akuten funktionellen Psychosen möglichst bekämpft werden sollen (vide sub Ätiologie bei Amentia), anderseits hartnäckige Obstipation gerade bei der Melancholie die Regel ist, gibt man das Opium kombiniert mit Laxantien, am besten etwa, indem man ein Purgans als Pillenkonstituens wählt, z. B. etwa nach nachfolgender Formel:

**Rp. Extr. opii aquos. 2·0**
**Extr. radic. rhei**
**Pulv. radic. rhei āā s. qu.**
**F. pil. N. C.**
**D. täglich 3 bis 9 bis 15 Pillen auf dreimal im Tage verteilt.**

Auch das Pantopon (intern oder subkutan) verdient unter den neuesten Opiumpräparaten bei der Bekämpfung der Angstzustände genannt zu werden.

Die Wirksamkeit der Opiumtherapie ist für den Angstaffekt spezifisch, richtet sich nicht gegen die Melancholie als solche. (Man hatte früher systematisch alle Melancholien mit Opium behandelt, ist

aber davon wieder abgekommen.) Die Fälle werden in ihrer Verlaufsdauer nicht abgekürzt, das Opium ist auch wirkungslos gegenüber der einfach traurigen Verstimmung, allein der Angstaffekt wird in hervorragend günstiger Weise durch das Opium beeinflußt. Wiederholt kann man sich von dieser günstigen Wirkung auch dadurch überzeugen, daß durch die Opiumtherapie beruhigte Melancholiker bei vorzeitigem versuchsweisen Aussetzen dieses Mittels wieder sehr rasch ängstlich werden. In gar nicht seltenen Fällen genügt auch die Opiumbehandlung an sich, um Schlaf herbeizuführen; in anderen muß man außer Opium noch eines der eigentlichen Schlafmittel anwenden. (Über die Behandlung der Schlaflosigkeit vide die zusammenhängende Darstellung: Anhang A; nur so viel sei hier betont, daß das Opium lediglich in Fällen von Angstmelancholie angezeigt ist; bei allen übrigen Formen von Erregung und Agrypnie erscheint seine Anwendungsweise nicht gerechtfertigt.) In den leichteren Formen erweist sich auch der Alkohol als nicht unwirksames Schlafmittel.

Von anderen Medikamenten, welche in der Behandlung der Melancholien öfters recht gute Dienste tun, seien noch erwähnt die Didymintabletten (2 bis 3 Stücke täglich), ebenso bei klimakterischen Fällen Ovarialtabletten (2 bis 3 Stücke). Milde, leicht anregende Kaltwasserprozeduren, Kohlensäure- oder Sauerstoffbäder erweisen sich bei leichten Fällen recht wirksam.

Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Erörterungen über die psychische Hyperästhesie müssen alle die von Laien, aber auch manchmal von Ärzten in der besten Absicht unternommenen „Aufheiterungs- und Zerstreuungsversuche" als verkehrte Maßregel bezeichnet werden. Es ist ganz verfehlt, Melancholiker, die für heitere Vorstellungen überhaupt unempfindlich sind, bei denen Sinnesreize jeglicher Art nur Unlustgefühle auslösen, in Gesellschaften, in Vergnügungen zu zerren, auf Reisen zu schicken usw. Je weniger Reize man auf das erkrankte Gehirn einwirken läßt, desto besser. Schon aus diesem Grunde empfiehlt es sich, die Kranken, wenn irgend möglich, dauernd oder — bei leichteren Graden — wenigstens in den Vormittagsstunden im Bette zu halten; man schütze sie nach Möglichkeit vor allen starken Sinnesreizen (Straßenlärm, helles Licht usw.). Durch die Bettbehandlung wird außerdem auch die Überwachung erleichtert.

Bei dieser Gelegenheit kann nicht scharf genug die eminente Selbstmordgefahr derartiger Patienten betont werden; die allersorgfältigste, im buchstäblichen Sinne kontinuierliche Überwachung muß den Angehörigen und dem Pflegepersonal eingeschärft werden. Die Kranken sollen keinen Augenblick unbeaufsichtigt sein (in vielen Anstalten dürfen die Patienten z. B. auch nicht zur Befriedigung ihrer

körperlichen Bedürfnisse das Zimmer verlassen, sondern müssen sich speziell im Wachzimmer selbst aufgestellter Leibstühle bedienen). Es soll nicht geduldet werden, daß die Kranken die Hände unter der Bettdecke verborgen haben. (Grauenhafte Selbstverstümmlungen mittels der Fingernägel wurden beobachtet.) Die Einnahme der verordneten Arzneimittel ist auf das sorgfältigste zu kontrollieren, man überzeuge sich jedesmal, ob der Patient das Medikament wirklich verschluckt hat, da solche Kranke nicht selten die einzelnen Dosen sich sozusagen „zusammensparen", um in selbstmörderischer Absicht nach einiger Zeit die gesamte Menge auf einmal zu nehmen. Besonders scharfer Überwachung bedürfen, wie schon erwähnt, die Patienten auch im Rekonvaleszenzstadium.

Von anderen Symptomen erheischen ein besonderes Augenmerk die Nahrungsverweigerung und die hartnäckige Obstipation. Bezüglich letzterer vide Kapitel Therapie bei Amentia. Bei die Nahrungsaufnahme verweigernden Kranken führt recht häufig Geduld, unermüdliches Zureden zum Ziele; man füttert die Kranken nach Art kleiner widerwilliger Kinder, indem man ihnen die Speisen immer wieder zum Munde führt, begnüge sich mit der jeweiligen Aufnahme weniger Bissen, wiederhole aber dafür diese Versuche („Ausspeisen" im Anstaltsjargon genannt) häufig. Gegen die mangelnde Appetenz empfehlen sich die gebräuchlichen Bittermittel (Tct. Nanning, Tct. gentian. etc.), etwa 1—$^1/_2$ Stunde vor der Mahlzeit, und, nach derselben, Acidoltabletten, besonders während der Opiumkuren. Um möglichst viel Nährstoff in geringem Volumen zuzuführen, erweisen sich die verschiedenen Nährpräparate (Plasmon, Ovomaltin usw.) recht gut. In manchen Fällen bleibt aber nichts übrig als die künstliche Ernährung mittels der Sonde (vide Kap. III, F).

II. KAPITEL.

# DIE MANIE.

Bei der Manie besteht in raschem Stimmungswechsel primär reizbare, zornige oder heitere, euphorische Affektlage, Ablenkbarkeit und Beschleunigung des Gedankenganges, Erleichterung der Umsetzung psychischer Vorgänge in motorische Akte, Bewegungsdrang bis zur Tobsucht.

## A. Symptomatologie.

### a) Psychisch.

Die Stimmung ist vorwiegend heiter oder reizbar, aber im Gegensatze zur Melancholie wird eine bestimmte Affektlage nicht dauernd festgehalten, die Stimmung ist vielmehr ungemein labil. Ausgelassene Lustigkeit schlägt plötzlich auf geringfügige äußere Anlässe oder ohne solche in heftige zornmütige Erregung oder große Rührseligkeit um und vice versa. Die Kranken erblicken alles in rosigem Lichte, Unannehmlichkeiten, ja ernste Schicksalsschläge (Nachrichten von Todesfällen geliebter Personen usw.) gleiten nahezu spurlos an der unzerstörbaren Euphorie ab oder hinterlassen wenigstens nach einer momentanen heftigen Reaktion keinen nachhaltigen Eindruck. Der unmotivierte Optimismus bricht immer wieder durch. In vielen Fällen obwaltet vorwiegend zornige Reizbarkeit (Zornmanie gegenüber der heiteren, der Amönomanie). Dabei beobachtet man ein recht charakteristisches Ansteigen der Erregung; die Kranken sind zunächst leidlich ruhig und reden sich immer mehr in einen heftigen Zornaffekt hinein. Je mehr man zu beschwichtigen trachtet, desto höher schwillt die Erregung an, während die Patienten, einfach sich selbst überlassen, meist wieder rasch sich beruhigen. Das Selbstbewußtsein ist bedeutend gesteigert, die Kranken empfinden ein Gefühl besonderen geistigen und körperlichen Wohlbefindens, gesteigerter Leistungsfähigkeit, „ich war nie vorher so gesund wie jetzt" hört man öfters Manische äußern (gerade so wie manische Paralytiker).

Es besteht eine Erleichterung und Beschleunigung auf assoziativem Gebiete, ebenso ist die Umsetzung psychischer Prozesse in motorische Akte erleichtert, findet überstürzt statt. Diese sogleich noch näher zu schildernden Störungen des Assoziationsprozesses und der Psychomotilität weisen sehr verschiedene Intensitätsgrade auf, so daß man nach der Schwere der Erscheinungen das Zustandsbild der Manie einteilt in die Mania mitis (Hypomanie) und die Mania gravis, welche Formen nun gesondert besprochen werden sollen.

### α) Hypomanie.

Der Gedankengang ist abspringend, eine Fülle von Erinnerungen taucht auf und mengt sich störend ein in den geordneten Gedankenablauf; ebenso wird derselbe stetig beeinflußt und unterbrochen durch irgendwelche Sinnesreize; die Patienten sind also leicht ablenkbar. Die Ausdrucksweise ist ungemein weitschweifig, die Patienten verlieren sich in unzählige Einzelheiten, gelangen vom Hundertsten ins Tausendste, verlieren ganz den Faden, vergessen unter dem Reden, was sie anfänglich sagen wollten, infolge der vielen Reminiszenzen, Reaktionen auf Außenvorgänge, Eindrücke aus ihrer Umgebung. Die sprachlichen Äußerungen fallen auch auf durch Tendenz zum Reimen, Herumwerfen mit Zitaten, Auskramen von Sprichwörtern, Gemeinplätzen, Kalauern mehr oder minder zweifelhafter Qualität. Eine Kranke mit periodischer Manie sagte: „Der Professor hat meiner Mutter prophezeit, ich werde einen Rückfall bekommen. Ich habe aber einen Vorfall bekommen, von meiner Gebärmama." Es besteht ein starker Mitteilungsdrang; der Redestrom fließt reichlich und kaum eindämmbar (Logorrhöe).

Die Kranken legen ferner eine außerordentliche Vielgeschäftigkeit an den Tag. Sie interessieren sich plötzlich für zahllose Dinge, beschäftigen sich mit schönen Künsten, Politik, beginnen das Studium fremder Sprachen, philosophischer Bücher. Sie stürzen sich in ausgebreitete Korrespondenzen, jagen Vergnügungen, Gesellschaften nach, bestürmen ihnen kaum oberflächlich bekannte Personen mit Besuchen usw. Dabei sind die Patienten sehr unstet; sie beginnen tausenderlei mit Feuereifer, lassen aber jede angefangene Tätigkeit alsbald wieder fahren, um ein neues Unternehmen anzupacken. Trotz der rastlosen Tätigkeit fühlen die Patienten keine Ermüdung, weder psychisch noch physisch.

In den allerleichtesten Graden können die Patienten tatsächlich den Eindruck einer gesteigerten geistigen Gesundheit hervorrufen, namentlich soweit es sich um psychische Leistungen handelt, die mehr Produkte der Phantasie als ernsterer Denkarbeit sind. Leute vom Schlage des Durchschnittsbanausen werden mit einem Male

witzig, gesprächig, unternehmend. Ein zeitgenössischer französischer Komponist z. B. hatte seine glücklichsten Inspirationen während einer Manie, einer meiner Kranken schrieb während der Manie recht hübsche Feuilletons für die Zeitung usw. In halbwegs höheren Graden aber ist von einer gesteigerten Leistungsfähigkeit keine Rede, die Patienten sind vielmehr recht bald berufsunfähig wegen der eigentümlichen Unstetheit ihres Wesens, abgesehen von anderen der Manie eigenen Symptomen, auf die jetzt eingegangen werden soll. Es treten nämlich gerade bei den leichteren Graden dieser Geistesstörung mehr als bei der Mania gravis eigentümliche Züge einer Charakterveränderung ad pejus auf.

Das gehobene Selbstbewußtsein drängt einmal naturgemäß dazu, sich auf Kosten anderer geltend zu machen. Wie beim Rausch oder in den „Flegeljahren“ kommt es zu allerlei tölpischen „Kraftproben“, die Kranken necken und mißhandeln ihre Umgebung, geraten überall in Konflikte, sind anmaßend, werden zu unleidlichen Silbenstechern, sind hochgradig reizbar, unfügsam, querulieren, glauben sich über alles und jedes hinwegsetzen zu dürfen, nicht nur über die ungeschriebenen gesellschaftlichen Normen, sondern nur allzu häufig in echt manischer Skrupel- und Sorglosigkeit auch über die geschriebenen Paragraphen der Gesetzbücher. Alle Triebe, deren Befriedigung mit Lustgefühlen verbunden ist, sind abnorm gesteigert; es kommt zu groben Exzessen in baccho und venere bei sonst durchaus gesitteten mäßigen Menschen. Die sexuelle Erregung drückt sich in den leichtesten Graden nur in gefallsüchtigem koketten Wesen aus, in Vorliebe für Zweideutigkeiten, obszönen Redensarten, auffallender Toilette. Der gesteigerte Geschlechtstrieb weiß sich aber sehr häufig gebieterisch Recht zu verschaffen in einer Weise, welche für das Individuum die schwerwiegendsten Folgen in sozialer Hinsicht nach sich ziehen kann. Weibliche Personen geben sich dem Nächstbesten hin, männliche Individuen gehen eine absolut unpassende Ehe ein, die Kranken treiben Unzucht mit den eigenen Kindern, es kommt zu plumpen Notzuchtsattentaten usw.; nicht wählerisch in den Mitteln, welche zur Bestreitung der gesteigerten Genußsucht dienen sollen, werden die Kranken auch oft kriminell durch Diebstähle, Hochstapelei usw. Bei der Reizbarkeit der Kranken sind auch Delikte der öffentlichen Gewalttätigkeit, Hausfriedensbruch, Ehrenbeleidigungen usw. recht häufig.

### β) Mania gravis.

Die Vielgeschäftigkeit, die Erregung auf psychomotorischem Gebiete, nimmt elementareren Typus an. Die Kranken halten keinen Augenblick still, springen, tanzen, singen, wissen sich für ihre Hände stets eine Tändelei, ein Spielzeug. Bald aber verlieren die motori-

schen Akte überhaupt den Charakter von zweckdienlichen Handlungen, es kommt zur „Tobsucht“ („délire des actes“).

Der Bewegungsdrang hat den Charakter eines selbständigen Symptoms. Was den Patienten in die Hände fällt, wird Objekt ihrer Tätigkeit, welche freilich zumeist mit Zerkleinerung und der Zerstörung der Gegenstände einhergeht. Die Patienten demolieren das Mobiliar, sie zerreißen und zerzupfen die Kleidungsstücke, sie spielen mit den Speisen, werfen und schmieren damit, schmieren mangels anderer Stoffe auch mit ihren Exkrementen, bemalen damit sich und die Zimmerwände.

Die Ablenkbarkeit, die Störung auf assoziativem Gebiete wird zur „Ideenflucht“.

Jeder Sinnesreiz, jede Reminiszenz gibt dem Gedankengang sofort eine neue Richtung. Die Assoziationen werden auch nicht mehr beherrscht durch bestimmte Zielvorstellungen, sondern gehorchen anderen Gesetzen, z. B. dem der einfachen Klangähnlichkeit (wie beim Reimen) oder dem der einfachen Reihenbildung. In den schwersten Graden kommt es gar nicht mehr zu ganzen Sätzen, sondern nur einzelne Hauptworte werden aneinandergereiht. Gerade der Mechanismus der Reihenbildung z. B. oder die Beeinflussung durch äußere Sinnesreize, das Anknüpfen an die Barttracht des Gegenübers, an die Kleidung einer zufällig vorübergehenden Person usw. läßt sich aber immer in recht deutlicher Weise erkennen, so daß man die ausgelassenen Glieder des Gedankenganges meist ergänzen, daß man den Gedankensprüngen meist gewissermaßen folgen kann (im Gegensatze z. B. zum sogenannten „Wortsalat“, zu dem sinnlosen Gefasel der Katatoniker; vide speziell Kapitel XI, A, *a* und D). Die Copia verborum derartiger Kranker ist geradezu verblüffend, läßt sich nicht simulieren; einzelne Patienten sind ob ihres vielen Redens ganz heiser; einer unserer Patienten hatte sogar eine laryngoskopisch zu konstatierende Hypertrophie der Stimmbänder im Laufe der Jahre (periodische Manie) bekommen.

Sprachprobe (nach Stenogramm): „Die Bäume sind so schön grün — ja spinatgrün, Spenadel, stechen, der Vater hat eine Sau abgestochen — die ist auch so eine Hure.“

Einen höheren Grad stellt folgendes Beispiel dar: „Mainz, Lainz, Brand, Land, Meier, Dreier, Willen, Zillen, Komotau, das ist in Niederösterreich, Wien, Trier, Köln, Kalk, König, Tonnen, Tannen, König, alles in Niederösterreich, in Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Böhmen, Oberland, Bergland, Stadt, Dorf, Berg und Krone, Leinwand und Sack, Salz, Schmalz, Malz, Bier, Rum, Butter, Luther und Grafschaft Mähren, Böhmen, Galizien, Schlesien“ usw.

* * *

Sinnestäuschungen werden bei der Hypomanie nicht beobachtet, sind aber auch bei der echten Mania gravis nicht häufig. Fälle, bei welchen Halluzinationen in reichlicherem Maße auftreten, bei gleichzeitig charakteristischen Störungen in der Symptomentrias: Stimmung, Assoziationsprozeß, Psychomotilität („deliriöse Formen des manisch-depressiven Irreseins"), führen durch fließende Übergänge hinüber zu einem anderen Krankheitsbilde, zu der Amentia („manische Amentia"). Die Sinnestäuschungen, welche bei der Manie vorkommen, sind flüchtiger Natur, spielen sich meist ab im Gebiete des Gesichts- und Gehörsinnes, haben an sich nichts Charakteristisches (vide sub Amentia).

Auch eigentliche Wahnideen sind nur selten. Die gewaltige Selbstüberschätzung, die manische Euphorie führt wohl zu Äußerungen, welche auf den ersten Blick vielleicht als Größenideen erscheinen können. Meist halten sich dieselben aber im Rahmen des „Renommierens" mit körperlichen und geistigen Vorzügen, Fähigkeiten usw. Man kann sich manchmal davon überzeugen, daß die Kranken selbst nicht recht daran glauben, wenn sie sich hohe Titel anmaßen, von Beziehungen zu hohen Persönlichkeiten, wichtigen, ihnen anvertrauten Kommissionen flunkern usw. Derlei Größenideen der Manischen sind auch weder fixiert, systemisiert (wie bei der Paranoia), noch tragen sie durch ungeheuerliche Maßlosigkeit den Stempel der geistigen Schwäche an sich (wie die Größenideen der Paralytiker).

Dasselbe gilt auch von Verfolgungsideen derartiger Kranker. In der Erzählung ihrer zahlreichen Konflikte mit der eigenen Familie oder der Staatsgewalt, oder um die Ursachen ihrer Anstaltsinternierung befragt, stellen sich diese Patienten gern mit der ihnen eigenen rabulistischen Zungenfertigkeit als die unschuldigen Opfer feindlicher Intriguen, als die verfolgten Märtyrer dar. Von einem systemisierten Verfolgungswahn, wie bei der Paranoia, ist keine Rede.

Das Sensorium ist bei der Hypomanie stets frei, aber auch bei der Mania gravis sind die Kranken, welche ob ihrer unerschöpfbaren Logorrhöe und des stark abspringenden Gedankenganges den Eindruck der Verwirrtheit hervorrufen, sehr häufig überraschend gut orientiert; es entgeht ihrer Aufmerksamkeit keine Einzelheit aus ihrer Umgebung, neue Persönlichkeiten, Anstaltsklatsch usw. Manchmal entsprechen die Antworten, die anscheinend auf Verwirrtheit bezogen werden können, nur der eigenartigen assoziativen Störung oder sind vielleicht auch bloß auf die Neigung der Manischen zu schlechten Witzen zurückzuführen. (Letzteres gilt auch öfters von als „Wahnideen" imponierenden Äußerungen dieser Kranken.) In den schwersten Graden allerdings kommt es bei der Flüchtigkeit, mit der Sinneseindrücke verarbeitet werden, und Leichtigkeit, mit der ganz entfernte

Assoziationen in sprunghafter Weise ausgelöst werden, zu Personenverkennung, zu echter Verwirrtheit, welche, wie oben erwähnt, dann den Charakter der ideenflüchtigen Verworrenheit erkennen läßt.

Intellekt und Gedächtnis leiden nicht, die Reproduktionsfähigkeit erscheint sogar erleichtert.

**b) Somatisch.**

Zunächst sind wieder zu nennen die schon bei der Melancholie besprochenen Störungen des allgemeinen Ernährungszustandes, des Schlafes und des Menstruationsprozesses. Auffallend ist die Unempfindlichkeit der Kranken gegen schmerzhafte Reize, gegen Unlustgefühle überhaupt. Ohne daß eigentliche Sensibilitätsdefekte bei objektiver Prüfung sich nachweisen ließen, ertragen die Patienten schmerzhafte Reize auffallend gut, springen z. B. (wenn man sie daran nicht hindert) bei empfindlicher Kälte nackt herum, schonen verletzte oder entzündete Gliedmaßen in keiner Weise usw. Hieher gehört auch der hohe Grad von Unermüdlichkeit derartiger Kranker. Gerade so wenig wie sich trotz der unausgesetzten rastlosen Tätigkeit ein entsprechendes Schlafbedürfnis einstellt, dieser vielmehr in hohem Maße gestört ist, ebenso mangeln den Patienten die körperlichen Ermüdungsgefühle. Das Toben der Manischen würde ein Gesunder einfach keinen Tag, ja nicht einmal wenige Stunden aushalten; das Toben ist eines der Symptome, die sich nicht simulieren lassen. Aus dem eben Gesagten erklärt sich zum Teil die von Laien vielfach übertriebene Anschauung von der übermenschlichen Kraft Tobsüchtiger. Die Muskelkraft der Patienten an sich ist nicht gesteigert, doch ist der Manische einer geistig gesunden, gleich kräftigen Person darin überlegen, daß diese z. B. gelegentlich eines Kampfes mit dem Tobenden bald ermüdet, während jener dauernd gleich frisch und kräftig bleibt. Nebenbei darf übrigens auch nicht die Rücksichtslosigkeit, das Fehlen jeglicher Hemmung vergessen werden, mit der Tobende ihre motorischen Akte ausüben.

Weniger charakteristisch sind die Erscheinungen seitens des Zirkulationsapparates. Der Puls ist meist recht beschleunigt (übrigens oft nicht im absoluten Sinne, sondern nur im Vergleich zu der dem Kranken im gesunden Zustande habituellen Pulsfrequenz). Der Blutdruck ist niedrig, aber im Gegensatze zum Verhalten bei der Melancholie nicht dauernd, sondern auch labil; plötzlicher Zornaffekt z. B. schnellt den Blutdruck in die Höhe. Der Muskeltonus ist gesteigert.

In einigen Fällen, welche schon hinüberleiten zum Zustandsbilde der Amentia, kann man auch allerlei andere Symptome finden, die im Sinne einer Allgemeinerkrankung des Organismus zu deuten sind, wie z. B. abnorme Harnbestandteile (vide des näheren sub Amentia).

## B. Verlauf und Prognose.

Nach einem kurzen, melancholisch gefärbten Vorstadium, aber auch manchmal ohne ein solches entwickelt sich ziemlich rasch das Zustandsbild, das nun einige Wochen bis Monate mit wechselnder Intensität anhält. Ein und dasselbe Individuum kann z. B. alle Stadien von leichter Hypomanie bis zur Mania gravis durchlaufen. Die Rekonvaleszenz ist meist protrahiert, recht häufig beschließt ein leichtes melancholisches Nachstadium das Bild.

Die Manie dauert von allen akuten funktionellen Geistesstörungen im Durchschnitt am kürzesten. Die Krankheit verläuft innerhalb weniger Wochen bis Monate; doch gibt es auch hier Fälle von extrem langer Dauer, die, solange nur das Zustandsbild an sich ein manisches bleibt, die beste Aussicht auf Heilung bieten.

Der Manie kommt von allen funktionellen akuten Geistesstörungen die beste Prognose quoad sanationem zu. Nahezu alle Fälle sieht man heilen. Das eben Gesagte wird aber leider durch den Umstand sehr eingeschränkt, daß gerade die Manie als echte einfache Geistesstörung ungemein selten ist. Zieht man die Grenze gegenüber der Amentia ziemlich scharf, so muß gesagt werden, daß die weitaus überwiegende Mehrheit aller manischen Zustandsbilder bloß Phasen, einzelne Anfälle einer zirkulär oder einfach periodisch verlaufenden Geistesstörung darstellen. Besonders gilt dies von der Hypomanie.

Die echte einfache Manie hat fast stets den Charakter der Mania gravis; aber auch hier bleibt es selten bei einer einmaligen Erkrankung. Die Gefahr der Rezidive ist erfahrungsgemäß hier ebenso groß wie bei der Melancholie oder Amentia.

Die Prognosis quoad vitam ist gut. Nur in ungemein seltenen Fällen kommt es zum Exitus durch Erschöpfung oder z. B. infolge einer Komplikation, welche durch das rücksichtslose Toben der Kranken selbst herbeigeführt wurde. (Vereiternde Frakturen, Sepsis usw.)

## C. Ätiologie.

**Die Ätiologie der einfachen Manie deckt sich mit der der akuten funktionellen Geistesstörungen überhaupt. Die ursächlichen Momente der periodisch verlaufenden Formen werden in dem betreffenden Kapitel Erörterung finden.**

## D. Differentialdiagnose.

Wie schon erwähnt, ist die echte Manie sehr selten, so daß rein manische Zustandsbilder eo ipso immer die Befürchtung eines periodischen Leidens erwecken müssen. Am günstigsten in dieser Hinsicht erweisen sich die Bilder der Mania gravis, namentlich mit schwerer Verwirrtheit (die Grenzfälle zwischen Manie und Amentia),

mit protrahierter Lösung der Anfälle und deutlichen Störungen in der körperlichen Sphäre. Perakutes Einsetzen und rasche, fast kritische Heilung spricht für eine periodische Erkrankung, ebenso ungestörter Menstruationsprozeß. Die Hypomania erscheint überhaupt nahezu ausnahmslos als Teilerscheinung zirkulärer oder sonst periodischer Geistesstörung. Geradezu pathognostisch für eine zirkuläre Manie ist ein auffallender Turgor vitalis (vide sub Kapitel V, A, *f*), also besonders ein Ansteigen (!) des Körpergewichtes während der manischen Phase.

Eine Verwechslung manischer motorischer Erregung mit der Agitation einer Angstmelancholie ist kaum möglich. Schon der unverkennbare Affekt allein klärt über die Krankheit auf, ebenso die Monotonie und der Inhalt der sprachlichen Äußerungen bei letzterer usw.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten können sich aber ergeben z. B. gegenüber gewissen Erregungszuständen bei den jugendlichen Verblödungsprozessen, gegenüber der progressiven Paralyse und gegenüber manchen Formen epileptischer Geistesstörung. Darüber Genaueres in den betreffenden Kapiteln.

## E. Therapie.

Eine besondere Bekämpfung erheischt die Erregung auf psychomotorischem Gebiete. Abgesehen von gewissen medikamentösen Mitteln (den eigentlichen Hypnotika und Sedativa, welche zusammenfassend im Anhang besprochen werden sollen), bewähren sich besonders gewisse hydropathische Maßnahmen, die sogenannten „protrahierten" oder Stunden-Bäder (Wannenbäder von etwa 26⁰ R; während der Dauer des Bades, die auf mehrere Stunden ausgedehnt werden kann, soll der Kopf der Kranken mit kalten Bauschen bedeckt werden), ferner die feuchten Einwicklungen (namentlich für die Familienpflege geeignet); der Körper wird in ein in Wasser von Zimmertemperatur eingetauchtes Leintuch geschlagen, darüber kommt ein zweites trockenes Tuch. In dieser Einpackung bleibt der Kranke 1 bis 2 Stunden liegen, während welcher Zeit ebenfalls der Kopf mit kalten, fleißig zu wechselnden Bauschen bedeckt werden soll. (Kontraindiziert sind diese Wicklungen bei Fiebernden oder bei Zuständen von Herzschwäche.)

Manchmal (in der Anstaltspflege sehr selten, eher in der Familienpflege, gelegentlich eines Transportes) wird man zur raschen Bekämpfung hochgradiger motorischer Erregung vom Hyoszin Gebrauch machen (Hyoscinum muriatic. 0·0005 bis 0·001 subkutan). Entschieden zu warnen ist vor dem Alkohol, der auch in kleinen Dosen die Erregung der Manischen bedeutend steigert.

Auch bei der Manie hat man mit der konsequent durchgeführten Bettbehandlung die besten Erfolge erzielt; bei periodisch Manischen z. B. überzeugt man sich, daß die einzelnen Anfälle viel milder verlaufen als frühere ohne Bettbehandlung. Freilich liegt es in der Natur der Sache, daß gerade bei der lebhaften Unruhe derartiger Kranker die Bettbehandlung auf große Schwierigkeiten stößt und ein besonders zahlreiches und geschultes Wartepersonal bedingt; sie wird sehr unterstützt durch die oben erwähnten Dauerbäder.

Die Bettbehandlung erweist sich, speziell in Anstalten, schon aus dem Grunde sehr segensreich, weil dadurch in wirksamer Weise die Umgebung des lästigen, störenden Patienten vor diesem, dieser selbst aber auch vor seiner Umgebung geschützt wird, die — es handelt sich ja doch um Geisteskranke — bei den vielen durch den Manischen heraufbeschworenen Konflikten naturgemäß auch nicht immer rein passiv und reaktionslos bleibt. Dieser Indikation (Schutz des Kranken gegenüber der Umgebung) entspricht auch die Isolierung, der ich, trotz gewisser moderner Richtungen in der Irrenpflege, hier warm das Wort reden möchte. Sehr häufig kann man sich unmittelbar davon überzeugen, daß Kranke, die durch ihre Umgebung aufgeregt werden, die, umgekehrt, durch ihr Treiben eine ganze Abteilung in Erregung versetzen, in der Zelle sofort sich beruhigen. Gar nicht selten verlangen sich Manische in recht einsichtiger Weise spontan für einige Stunden in die Zelle. Mit besonderem Vorteile wird die Isolierung mit der Bettbehandlung verbunden.

Unter Berücksichtigung des oben über das „Ansteigen“ der Erregung Gesagten muß bei der Behandlung der Manie auch auf folgendes Bedacht genommen werden. Es ist durchaus nicht zweckmäßig, mit derartigen Kranken sich viel zu beschäftigen, ihnen lange Antwort und Rede zu stehen, mögen auch die Kranken sich darüber aufhalten, daß man „sich nicht genügend um sie kümmere“, daß man sich für sie „keine Zeit nehme“. (Auch die Angehörigen stimmen gern in diese Vorwürfe ein.) Man erweist den Kranken nichts Gutes, wenn man sich auf längere Gespräche einläßt; es steigert sich dadurch nur die Erregung.

Möglichste Fernhaltung von Reizen (Vergnügungen usw.) ist geboten. Auch dieser Indikation wird die Bettbehandlung, eventuell Isolierung, am besten gerecht.

Bei Erörterung der Therapie darf auch die Frage der Anstaltsinternierung nicht vergessen werden. Kranke mit Mania gravis sind ja an sich kaum je in häuslicher Pflege haltbar. Allein auch bei den leichten Formen trachte der Hausarzt, wenn irgend möglich, die Internierung des Kranken in eine geschlossene Anstalt durchzusetzen. Man vergegenwärtige sich nur, wie viel Schaden an Gut und Gesundheit

der Kranke durch seine abnorm gesteigerte Genußsucht, seine manische Skrupellosigkeit, Selbstüberschätzung und Reizbarkeit über sich und seine Angehörigen heraufbeschwören kann. (Kriminelle Komplikationen!) Namentlich bei jungen weiblichen Individuen sei man auf die schwerwiegenden, nicht wieder gutzumachenden gesellschaftlichen Folgen bedacht, die ein leicht manischer Erregungszustand nach sich ziehen kann. (Defloration! Schwängerung!)

Durch die steten Reize der Außenwelt, insbesondere durch Alkoholexzesse wird außerdem jede Manie an sich schon gesteigert, so daß auch für die Hypomanie eine Überbringung in eine geschlossene Anstalt wohl das beste ist.

III. KAPITEL.

# AMENTIA.

**Akute halluzinatorische Verworrenheit.**

Die Amentia ist gekennzeichnet durch das Auftreten massenhafter Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten und durch Verwirrtheit, während die Anomalien der Stimmung weder charakteristisch noch anhaltend sind und, wenn vorhanden, sich als sekundär, entsprechend dem Inhalt der Delirien, erkennen lassen.

## A. Symptomatologie.

### a) Psychisch.

Die beiden Kardinalsymptome der Halluzinationen und der Verworrenheit lassen sich in jedem Falle von Amentia erkennen, doch treten im einzelnen bald die Sinnestäuschungen, bald die Verworrenheit besonders stark in die Augen springend hervor.

An den Halluzinationen können sich alle Sinnesgebiete beteiligen. Die Kranken verspüren absonderliche Gerüche, die Speisen riechen nach verbrannten Stoffen, Fäulnis, Leichenteilen, Sperma, Schwefel, Fäzes. Im Bereiche des Optikus kommen sowohl elementare Reizerscheinungen (Photismen) vor, wie das Sehen von Funken, feurigen Rädern, Sternschnuppen, Schnee, Rauch, als auch kompliziertere Gesichtstäuschungen, wie phantastische „vorsintflutliche" Tiere, theatralische Aufzüge von Heiligen, Königen, Kriegern, militärischen Gestalten, Gespenstern, Napoleon, Siegfried usw., die Personen und Objekte ihrer Umgebung scheinen sich für die Kranken häufig zu verändern, erscheinen bald groß, bald schrumpfen sie wieder zusammen, wechseln die Farbe, die Gesichter sind bald leichenblaß, bald flammend rot usw.

Es treten einfachere Gehörstäuschungen auf (Musik, Glockenläuten, Schießen) und kompliziertere Gehörshalluzinationen, Stimmen verschiedener Intensität und Klangfarbe; der Inhalt des Gespräches wechselt rasch, ist auffallend häufig grob-obszöner Art. Die Kranken

hören sich beschimpft: „Onanist, Pousserant“, weibliche Patienten mit „Hure, Schlampen, Kanaille“ usw., oder der Inhalt ist komisch-läppischer Art.

Die Speisen nehmen einen eigentümlichen, meist widerlichen Geschmack an, nach „Menschenfleisch“, nach „verfaultem Stroh“, auch Halluzinationen des Gleichgewichts- (oder Muskel-?) Sinnes sind recht häufig. Die Wände rücken aneinander und entfernen sich, drohen einzustürzen, das Bett dreht sich, die Kranken fühlen sich in unermeßliche Höhen emporgetragen, glauben zu fliegen usw.

Alle diese massenhaften Sinnestäuschungen sind nicht fix, sondern wechseln rasch, kaleidoskopartig. Die Halluzinationen stehen ferner nicht isoliert da, sondern vereinigen sich zu komplizierten Delirien, welche alle etwas eigentümlich Phantastisches, Außerordentliches, dem Alltagsleben Ungewöhnliches an sich tragen; es sind Reminiszenzen aus der Lektüre, aus Theaterstücken usw., welche den Inhalt der Delirien ausmachen. Es ist Krieg, Weltuntergang, die Sintflut, exotische Gegenden ziehen in wunderschönen Panoramen vorüber, festliche Aufzüge, Szenen aus der Mythologie, oft obszöner Art, Theaterdarstellungen, Krönungen, Kaiser Josef hinter dem Pfluge usw. lösen einander in buntem Wechsel ab.

Die Reaktion der Patienten auf ihre Sinnestäuschungen, wie sie sich in dem Gebaren und den Äußerungen der Kranken kundgibt, ist bei den einzelnen Fällen ungemein verschieden und keineswegs charakteristisch. Über den Inhalt der Delirien erfährt man von den Patienten während der Höhe der Erkrankung überhaupt kaum je Genaueres. (Dazu ist die Verworrenheit zu groß, dazu sind die Patienten viel zu sehr präokkupiert durch ihre Innenvorgänge.) Aber manche Kranken beteiligen sich recht aktiv an ihren Delirien, man sieht es ihnen an, daß sie halluzinieren. Auf Gehörstäuschungen z. B. darf man ohneweiters schließen bei den Kranken, die sich die Ohren verstopfen, auf Gesichtshalluzinationen bei den Patienten, die krampfhaft die Augen geschlossen halten; andere wieder schnauben angestrengt, spucken aus, abstinieren hartnäckig bei abnormen Sensationen im Bereiche des Geruch- und Geschmacksinnes usw. Die Motive, von welchen die Patienten sich hiebei leiten lassen, sind zweierlei. Einmal trachten sie sich vor den Halluzinationen zu schützen, geradeso wie Gesunde die Sinnespforten verschließen, um irgendwelchen unangenehmen Sinnesreizen auszuweichen; selbstverständlich handelt es sich freilich bei den Halluzinationen nicht um periphere, sondern um zentrale, nur von den Kranken nach außen projizierte Erregungen. In anderen Fällen aber kann man sich retrospektiv davon überzeugen, daß die Kranken derartige Maßnahmen ergreifen, um, umgekehrt, durch möglichste Abhaltung äußerer Reize besser halluzinieren zu können.

Einen Anhaltspunkt für das Bestehen von Halluzinationen gibt auch sonst noch vielfach das Gebaren der Kranken. Ein Patient hält z. B. plötzlich im Reden oder in seiner Beschäftigung inne, lauscht nach einer Ecke, schleudert vielleicht ein Schimpfwort in eine bestimmte Richtung; ein anderer blickt angestrengt fixierend irgend einem imaginären Punkte nach; plötzlich anscheinend unmotiviert auftretende Ausbrüche zorniger Erregung sind meist Reaktionen auf Stimmen beschimpfenden Inhaltes usw.

In anderen Fällen wieder stehen die Kranken ihren Delirien passiver gegenüber, etwa gewissermaßen als Zuschauer. Die Kranken sind äußerlich geordnet, nur das Mienenspiel erlaubt gewisse Schlüsse auf ihre Innenvorgänge, es drückt in raschem Wechsel Erstaunen, Angst, Heiterkeit, Entsetzen, visionär ekstatisches Entzücken aus.

Wieder in einer anderen Reihe von Fällen endlich bieten die Kranken äußerlich das Bild des Stupors (vide darüber später), und erst in der Rekonvaleszenz oder nach vollzogener Heilung erfährt man etwas von dem reichen deliranten Innenleben, das unter der Maske der vollständigen Äußerungs- und Regungslosigkeit sich abgespielt hatte.

Die Erinnerung für die Einzelheiten der Halluzinationen ist meist eine recht vollständige, so daß die Exploration der genesenen Kranken recht lehrreich sich gestaltet. Die Patienten können dann in krankheitseinsichtiger Weise ausführliche Angaben machen, wie etwa ein Gesunder über seine Träume berichtet.

Es wurde schon oben erwähnt, wie die Kranken auf ihre Sinnestäuschungen reagieren; und es erübrigt die Besprechung des motorischen Verhaltens überhaupt bei der Amentia.

In einigen Fällen herrscht eine starke psychomotorische Erregung, welche manchmal ganz den Charakter der Tobsucht bei Mania gravis annimmt. Bei anderen wieder sind die Bewegungen und Handlungen entsprechend dem Inhalte der Delirien, haben daher einen eigentümlich pathetischen theatralischen Anstrich. Wieder andere zeigen Bewegungsarmut, liegen, sitzen oder stehen ruhig umher, ohne von der Umgebung Notiz zu nehmen; bald huscht ein Lächeln über ihre Züge, bald sieht man sie die Augen voll von Tränen usw. In einigen Fällen endlich findet sich das Bild des Stupors mit Mutazismus, eventuell auch Nahrungsverweigerung. Derselbe äußert sich aber nicht nur in vollständigem Mangel jeglicher Spontaneität, in vollständiger Äußerungs- und Regungslosigkeit, sondern trägt in einzelnen Fällen noch besondere Eigentümlichkeiten an sich, die z. B. dem einfach melancholischen, beziehungsweise zirkulären Stupor fremd sind. Es zeigen sich nämlich eigentümliche Spannungszustände, die wir

später des genaueren bei dem katatonen Symptomenkomplex kennen lernen werden, die Erscheinungen der sogenannten Katalepsie (vide darüber Kapitel XI, A, *a*).

Das zweite Kardinalsymptom der Amentia ist die Verwirrtheit. Dieselbe trägt entweder den Stempel der ideenflüchtigen Verwirrtheit an sich (namentlich in Grenzfällen, welche den fließenden Übergang bilden zu Fällen von Mania gravis mit reichlichen Sinnestäuschungen) oder viel häufiger den der einfachen Zerfahrenheit, einer allgemeinen Hemmung, der Unmöglichkeit des geordneten Zusammenspieles der Assoziationen (inkohärente Verwirrtheit). Die Orientierung leidet, die Kranken wissen nicht, wo sie sich befinden, können sich keine Rechenschaft geben über das Datum, sie verkennen Personen, erkennen ihre Bekannten nicht wieder und sprechen umgekehrt fremde Leute als bekannt an. Die Kranken fassen schwer auf, wiederholen häufig die an sie gerichteten Fragen, sie geben unpassende, verkehrte Antworten; die sprachlichen Äußerungen sind in schweren Graden total zerfahren, zusammenhanglos. Die Kranken kennen sich in den einfachsten Dingen um sie herum nicht mehr aus; alles erscheint ihnen fremdartig, verändert, sonderbar, „wie verzaubert", nimmt eine eigentümliche Bedeutung an; die Leute um sie erscheinen ihnen „so ganz anders", „selbst verrückt" (Transitivismus); namentlich im Beginn kommt es oft zu einer Art Beziehungssucht, derart, daß die Kranken glauben, man beobachte sie besonders, spreche über sie usw. Von einer Systemisierung freilich (vide sub Paranoia) ist dabei keine Rede. Diese Unmöglichkeit, sich zu orientieren, sich die Situation zurechtzulegen, kommt den Kranken recht häufig zu Bewußtsein; ihre Äußerungen verraten ein dumpfes Krankheitsbewußtsein: „ich verstehe gar nichts — ich kenne mich nicht recht aus — ich bin ganz wirrwarrisch — was soll das alles? — die Leute gehen da aus und ein und machen die Türen zu, und die da haben ein weißes Kopftuch, und der hat ein Augenglas — und ich weiß nicht, was das alles bedeuten soll — ist das alles wirklich?" usw. Diese Unsicherheit, die Unfähigkeit, die Außenwelt zu verstehen, führt zu einem eigentümlichen Ratlosigkeitsaffekt, zu einem Gefühl von Beängstigung, das besonders bei initialen Fällen recht charakteristisch ist, ebenso dort, wo nicht zu reichliche Halluzinationen das Affektleben und das Gebaren der Kranken beeinflussen.

Dieses beängstigende Gefühl der Unsicherheit steigert sich manchmal zur Panphobie, so daß das Krankheitsbild täuschend ähnlich einer Angstmelancholie werden kann. Dadurch, daß die Kranken gar nichts um sie herum richtig auffassen können, erscheint ihnen alles und jedes unheimlich, fürchten sie sich vor allem; derartige Kranke zeigen deshalb auch in ihrem motorischen Verhalten

alle Zeichen des Angstaffekts, sind in beständiger rastloser Unruhe, jammern und wimmern unausgesetzt.

Wo die Verworrenheit besonders hohe Grade erreicht, wo irgend ein Verstehen der Sinneseindrücke, ein Verarbeiten derselben zu psychischen Prozessen unmöglich ist (also eine Art Seelenblindheit oder Asymbolie besteht), ist die äußere Erscheinungsform die einer Demenz; die Kranken verstehen nichts mehr von der Außenwelt, sie können nicht einmal mehr von selbst Nahrung zu sich nehmen oder für ihre anderen körperlichen Bedürfnisse sorgen. Derartige Bilder bezeichnet man auch mit dem Namen der Dementia acuta. Häufig kommt es dabei zu Mutazismus und Stupor mit Katalepsie. Gerade bei Frontkämpfern, nach Operationen wegen Erfrierungsgangrän, bei schwer Erschöpften sahen wir derlei Fälle relativ häufig, ohne daß dadurch die Prognose, wie Katamnesen lehrten, wesentlich getrübt wurde (über Prognose der Dementia acuta im allgemeinen vide später).

**b) Somatisch.**

Von somatischen Erscheinungen sind wieder in erster Linie zu nennen, wie bei den meisten akuten Psychosen überhaupt, Agrypnie, die allgemeine Ernährungsstörung, sich äußernd in dem Sinken des Körpergewichtes, und bei weiblichen Individuen Unregelmäßigkeiten des Menstruationsprozesses bis zu vollständiger Amenorrhöe. Häufig kann man bei der Amentia das Bestehen leichter neuritischer Veränderungen konstatieren, Druckempfindlichkeit der peripheren Nervenstämme, Parästhesien, namentlich in den distalen Partien, leichte Paresen, leichte Formen partieller E A R (sich äußernd in Zuckungsträgheit). Aber auch schwere neuritische Symptome kommen vor. In zahlreichen Fällen bestehen Anzeichen mehr minder schwerer gastrointestinaler Störungen, pappig belegte Zunge mit Zahneindrücken, Foetor ex ore, druckempfindliches aufgetriebenes Abdomen, Koprostase, gewisse abnorme Harnbestandteile als Zeichen abnormer Zersetzungsprodukte im Darm, wie Azeton, Azetessigsäure, Indikan; ungemein häufig findet sich auch Albuminurie und Albumosurie; bei ersterer handelt es sich gewöhnlich nicht um die Ausscheidung größerer Eiweißmengen (etwa mittels Esbachscher Probe zu bestimmen), sondern um jene ganz leichten Grade, wie sie bei fieberhaften Infektionskrankheiten auftreten: bei der Ferrozyankaliprobe nur leichte opaleszierende Trübung. Gerade bei derartigen Fällen sind Geruchs- und Geschmackshalluzinationen besonders häufig, wie auch die Sitophobie hier eines der konstantesten Symptome ist.

## B. Verlauf und Prognose.

Der Beginn ist meist ein akuter, doch erreicht das Krankheitsbild nicht sofort seine volle Höhe. Nach einem kurzen Prodromalstadium mit gestörtem Schlaf, Sinken des Ernährungszustandes, leicht heiterer oder trauriger Verstimmung, vager Ängstlichkeit und Reizbarkeit, Denkerschwerung, manchmal unbestimmter Beziehungssucht, dumpfen Kopfschmerzen usw. stellen sich allerlei Sinnestäuschungen ein, deren Subjektivität die Kranken vorerst sich noch bewußt sind. Ganz plötzlich verlieren dann die Patienten die Beurteilung der Irrealität dieser subjektiven Eindrücke, während zugleich ein mehr minder hohes Maß von Verworrenheit sich dazugesellt. Dieser Zustand kann überraschend schnell wieder schwinden. Gerade im Anfang der Amentia werden hier nicht selten weitgehende Remissionen beobachtet, durch die man sich quoad prognosin nicht täuschen lassen möge. Es folgt bald ein neuerlicher Nachschub von Verworrenheit und Halluzinationen, der seinerseits vielleicht wieder von einer Remission gefolgt sein kann, bis endlich das Zustandsbild der Amentia sich dauernd etabliert.

Auch die Rekonvaleszenz vollzieht sich nicht kritisch, sondern lytisch, meist recht protrahiert, nicht selten schiebt sich zwischen Rekonvaleszenz und völliger Genesung ein manisch gefärbtes Stadium ein. Ein sicheres Zeichen der beginnenden Rekonvaleszenz ist, wenn die Kranken bereitwillig retrospektiv über ihre Sinnestäuschungen in krankheitseinsichtiger Weise berichten. Recht oft beobachtet man als Zeichen der Ermüdbarkeit während der Rekonvaleszenz eine während eines längeren Examens sich rasch steigernde Ablenkbarkeit und Verwirrtheit. Die ersten paar Antworten erfolgen noch ganz sinngemäß und prompt. Mählich beginnen die Patienten abzuschweifen, fassen schwerer auf, geben schließlich verkehrte, unpassende Antworten, werden gereizt, unwillig.

Die gewöhnliche Dauer einer Amentia beträgt zwei bis drei Monate, aber auch Fälle von über einjähriger Dauer brauchen noch nicht als hoffnungslos erachtet zu werden, insolange die körperlichen Erscheinungen noch das Bestehen einer akuten Störung andeuten, nämlich die Agrypnie, Tiefstand des Körpergewichtes, Ausbleiben der Regeln. Stellen sich diese Funktionen wieder her, nehmen die Kranken rapid an Gewicht zu, ohne daß sich Hand in Hand damit eine entschiedene Besserung bemerkbar machen würde, dann allerdings gestaltet sich die Sachlage ernst, und der Übergang in einen chronischen unheilbaren Schwächezustand ist zu befürchten. Von vornherein prognostisch ungünstiger sind die Fälle von Amentia zu beurteilen, bei welchen die katatonen Symptome besonders markant

sind. Das Auftreten einer stuporösen Phase im Verlaufe einer Amentia verschlechtert nicht nur die Prognose quoad durationem, sondern kündet leider nur zu häufig die Unheilbarkeit des Falles an. Anderseits darf das gelegentliche Auftreten von Flexibilitas cerea in seiner Bedeutung auch nicht überschätzt werden und trübt noch keineswegs ernstlich die Heilungsaussichten. Auch die speziell unter dem Namen der Dementia acuta zusammengefaßten Bilder von Amentia geben eine ernstere Prognose (vide auch sub Ätiologie).

Die sekundäre Demenz nach Amentia trägt an sich wieder nichts Charakteristisches und kann verschiedene Intensitätsgrade aufweisen.

In den leichtesten Fällen sind die bleibenden Veränderungen so sehr geringfügig, daß nur eine besonders intelligente Umgebung oder vielleicht der Hausarzt überhaupt bemerkt, daß der „geheilte" Patient doch „nicht mehr ganz derselbe" ist wie vor der Erkrankung, daß er reizbarer, egoistischer geworden ist als früher, unselbständig, ohne Initiative, daß er das Interesse für viele Dinge verloren hat, daß seine Begriffe von Anstand oder Pflicht weitere und laxere geworden sind; Alkoholintoleranz ist recht häufig, usw. „Gerade das Beste und Wertvollste ist von der geistigen Individualität abgestreift." In anderen Fällen entpuppt sich die Defektuosität, welche den Angehörigen, vielleicht auch den Anstaltsärzten entgangen sein mochte, sofort, sobald nun der Kranke wieder in selbständiger Weise sein Brot verdienen, in seinem Berufe tätig sein soll; er versagt, vor irgend eine neue Situation gestellt, zeigt sich insuffizient im Kampfe ums Dasein, reagiert mit pathologischen Affekten auf irgendwelche kleinliche Mißhelligkeiten des Alltagslebens, zeigt sich störrisch, unlenkbar, affektstumpf geliebten Personen gegenüber. Wieder in anderen Fällen treten vereinzelte psychotische Symptome überhaupt nicht mehr ganz zurück. Ohne daß der Patient das Krankhafte bemerkt, ohne daß er das Bedürfnis fühlt, sie irgendwie mit den übrigen gesunden Vorstellungen in Einklang zu bringen, bleiben gewisse isolierte Wahnideen erhalten, oder es tauchen immer wieder bestimmte Sinnestäuschungen auf; die Krankheitseinsicht ist nicht vollständig, es zeigen sich allerlei tikartige Bizzarrerien in Sprache und Motilität wie bei den katatonen Formen der Dementia praecox. Davon endlich führen zahllose Abstufungen hinüber zu den schwersten Blödsinnsformen. Die Kranken sind unrein, schmieren; bald dämmern sie teilnahms- und initiativelos ohne Verkehr, ohne Beschäftigung dahin, bald kommt es zu sinnlosen Wutanfällen, zu heftigen Angriffen gegen die Umgebung oder den eigenen Körper. Die sprachlichen Äußerungen versiegen; die spärlichen Reste bilden ein zusammenhangsloses Gefasel, häufig mit ausgezeichneter Verbigeration, mit Wortneubildung usw. Zuweilen doku-

mentieren gewisse stereotyp wiederholte Phrasen oder Wörter Reste der früheren Bildung und Kenntnisse. Nicht selten macht sich ein fast regelmäßiger Wechsel zwischen Erregungs- und apathischen Phasen bemerkbar, gelegentlich Koinzidenz der ersteren mit den Menses.

Die vegetativen Funktionen lassen im allgemeinen keine Störungen mehr erkennen; die Kranken werden sogar oft auffallend fett.

Die Prognosis quoad vitam ist im allgemeinen eine gute. Selbstverständlich aber können eventuelle körperliche Krankheitsprozesse, die gleichzeitig ätiologisch wirksam sind (Typhus, Kachexie bei Neoplasmen usw.), diese Prognose trüben; auch Zustände von Herzschwäche, Inanition. In selteneren Fällen führen eigentümliche Zustände von Hirnschwellung unter Vaguserscheinungen zum Tode. Ungleich ernster ist die Prognosis quoad vitam beim Delirium acutum (vide Anhang).

Im Gegensatze zu extrem langer Dauer kann man auch (namentlich bei sehr frühzeitig eingeleiteter Therapie und im unmittelbaren Anschluß an fieberhafte Infektionskrankheiten) Zustandsbilder beobachten, die alle Charaktere der Amentia an sich tragen, innerhalb weniger Wochen aber schon in vollständige Heilung übergehen, ja nur wenige Tage dauern können (z. B. Psychosen in der Deferveszenz nach Pneumonie). Die Amentia neigt, wie die akuten Geistesstörungen überhaupt, zu Rezidiven, die aber voneinander symptomatologisch durchaus verschieden sind.

## C. Ätiologie.

Von allgemein disponierenden Momenten ist zu bemerken, daß das Lebensalter keine Rolle spielt (höchstens insofern, als im Kindesalter akute Psychosen überhaupt außerordentlich selten sind). Auffallend ist der hohe Prozentsatz weiblicher Individuen unter allen Fällen von Amentia (aber auch von akuten funktionellen Geistesstörungen überhaupt). Nur unter den „Kriegspsychosen", besser gesagt unter den Psychosen bei Feldkämpfern, kam die Amentia in größerer Häufigkeit vor.

Was nun die eigentlichen determinierenden Ursachen anbelangt, so sind uns deren eine ganze Reihe bekannt. Vor allem fällt ins Auge der Zusammenhang mit fieberhaften, akuten Infektionskrankheiten, wie z. B. Grippe, Polyarthitis acuta, Enteritis etc. Zunächst leiten fließende Übergänge hinüber von den einfachen „Fieberdelirien" zu Fällen, in welchen die Halluzinationen die fieberhafte körperliche Erkrankung überdauern. Häufiger sind aber postfebrile Psychosen (das Intervall zwischen Entfieberung und Ausbruch der Geistesstörung währt oft einige Wochen); endlich kommen auch Geistesstörungen

vom Charakter der Amentia vor zu einer Zeit, da das die Infektionskrankheit begleitende Fieber noch nicht vorhanden ist, z. B. im Beginn von Typhus und Variola*). Es zeigt dies deutlich, daß nicht die erhöhte Temperatur an sich Ursache der Delirien ist. (Von den postfebrilen Psychosen scheinen übrigens die nach Typhus entstehenden prognostisch am ernstesten zu sein, zeigen auffallend häufig Tendenz zu Übergang in einen chronischen Zustand.)

Zu den febrilen akuten Infektionskrankheiten gehören auch Puerperalprozesse und diese ziehen gleichfalls häufig akut einsetzende Psychosen nach sich. Aber nicht nur zwischen den Puerperalprozessen, sondern überhaupt zwischen den Fortpflanzungsfunktionen des weiblichen Geschlechtes und der Amentia läßt sich ein ursächlicher Zusammenhang nicht verkennen. So treten derartige Geistesstörungen auf während der Schwangerschaft (prognostisch in der ersten Hälfte der Schwangerschaft günstiger als gegen Ende derselben), im Wochenbett, wobei die Nierenaffektion während und im Gefolge der Schwangerschaft einen ursächlichen Faktor abgeben kann (manche der akuten Psychosen sind nichts anderes als urämische Delirien), auch die starken Blutverluste kommen in Betracht. Die Laktation kann auch verantwortlich gemacht werden, namentlich eine allzu protrahierte, wenn die Personen von Haus aus schwächlich sind. Letztere Fälle bilden dann den Übergang zu einer anderen ätiologisch wirksamen Gruppe, nämlich zu Momenten allgemein entkräftender, erschöpfender Art, wie Inanition, Kachexie nach profusen Blutungen, Eiterungen (hiebei fällt auch das infektiöse Moment in die Wagschale), bei Neoplasmen (namentlich im Bereich des Magen-Darmtraktes). Operationen ziehen gelegentlich amentiaartige Psychosen nach sich (Erschöpfung, Blutverlust, Eiterung usw.). Zahlreiche Fälle sahen wir, wie erwähnt, bei Frontkämpfern, wobei schwere Erschöpfung, Ernährungsstörung, Dysenterie, Cholera, Typhus, Erfrierungsgangrän, Sepsis, Tuberkulose usw. als ursächlich wirkende Faktoren namhaft gemacht werden konnten.

Alle die genannten schädlichen Momente haben etwas Gemeinsames. Es handelt sich um Gifte, um Toxinwirkungen. Unter den für Amentia ätiologisch wirksamen Faktoren müssen ferner aufgezählt werden abnorme Zersetzungsprodukte, welche in den zugeführten Nahrungsmitteln enthalten sein können (Pellagra, Ergotinismus, Fleisch-,

---

*) Spielen einerseits akut fieberhafte Infektionskrankheiten eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Amentia, so ist es anderseits sehr bemerkenswert, daß gar nicht so selten eben diese Krankheitsprozesse chronische Zustände von Geistesstörung in auffallender Weise zum Günstigen beeinflussen können. Erstaunliche, ungeahnte Besserungen z. B. bei jahrelang durchaus stationären Zustandsbildern von sekundärer Demenz wurden des öfteren beobachtet („Spätheilung“, vide auch sub „Paralysis progressiva“).

Fisch-, Wurstgift). Nicht selten läßt sich der Ausbruch einer Amentia auf eine bestimmte alimentäre Schädlichkeit zurückführen. Abnorme Stoffwechselprodukte an sich unschädlicher Ingesta können sich im Magen-Darmtrakt selbst bilden (gastro-intestinale Autointoxikation), wobei der Koprostase eine ungemein wichtige unterstüzende Rolle zufällt. (Möglicherweise steht das Überwiegen des weiblichen Geschlechtes unter den Fällen von Amentia mit dem Umstand im Zusammenhang, daß bei Frauen hartnäckige Fälle habitueller Obstipation viel häufiger sind als bei Männern.) Es kann der Verdauungskanal stetig infiziert werden durch Verschlucken von giftigen Sekreten aus der Mundhöhle (z. B. chronische Eiterungen, von einer Zahnfistel herrührend usw.). Da im Vergleich zur großen Häufigkeit all der aufgezählten Faktoren die Fälle von Amentia doch relativ selten sind (nicht jeder erkrankt ja psychisch nach einer Pneumonie, nicht jede Frau im Anschluß an ein fieberhaftes Wochenbett), so muß außer diesen determinierenden Ursachen noch ein zweiter Faktor obwalten, eine persönliche Disposition, die allerdings ihrem Wesen nach uns so gut wie unbekannt ist. Die erbliche Belastung tritt, im Vergleiche zu gewissen anderen Formen von Geisteskrankheit (Paranoia usw.), gerade bei der Amentia an Bedeutung nicht sonderlich hervor.

Erwägt man, daß die meisten der für Amentia als ätiologisch wichtig aufgezählten Faktoren auch Polyneuritis erzeugen können, so verdient der Nachweis leichter neuritischer Veränderungen unter den körperlichen Begleitsymptomen der Amentia ein besonderes Interesse. Man kann beide, Geistesstörung und Alteration des peripheren Nervensystems, als koordiniert auffassen, als Teilerscheinungen einer allgemeinen Erkrankung des gesamten Organismus, welche sich auch äußert in dem Verhalten des Körpergewichtes, des Menstruationsprozesses usw.

## D. Differentialdiagnose.

Das Zustandsbild der Amentia kann erstens verwechselt werden mit gewissen Fällen von Manie und Melancholie. Wie schon oben erwähnt wurde, gibt es eben fließende Übergänge, und da die Prognose und, soweit wir wissen, auch die Ätiologie akuter funktioneller Geistesstörungen so ziemlich dieselbe ist, kommt einer besonders subtilen Differentialdiagnose hiebei eigentlich wenig Wert zu. Wo charakteristische und dauernde Anomalien im Bereich des Assoziationsprozesses und der Stimmung fehlen, wo die Verworrenheit eine hochgradige ist, Sinnestäuschungen besonders im Krankheitsbild hervortreten, kann man wohl nicht gut von einer Melancholie, beziehungsweise Manie sprechen.

Praktisch viel wichtiger ist die Differentialdiagnose gegenüber den jugendlichen Verblödungsprozessen; darauf aber sowie auf die symptomatologische Unterscheidung gegenüber hysterischen und epileptischen Dämmerzuständen und gegenüber gewissen halluzinatorischen Zuständen auf alkoholischer Basis soll erst später bei Erörterung der betreffenden Krankheitsbilder eingegangen werden.

## E. Pathologische Anatomie.

**Es mangelt nicht an pathologisch-anatomischen Befunden bei der Amentia, doch sind dieselben weder konstant noch pathognostisch, d. h. es läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, wie viele der vorliegenden Veränderungen auf Rechnung der Psychose an sich, wie viele auf die begleitenden, eventuell ätiologisch maßgebenden körperlichen Prozesse zurückzuführen sind. Im großen und ganzen liefern die Befunde das Bild eines diffusen akuten enkephalitischen Prozesses: Chromatolyse und Vakuolisierung der Ganglienzellen, manchmal Karyokinese der Gliakerne, Leukozytenauswanderung, kapilläre Hämorrhagien, Marchidegeneration usw. Auch über bakteriologische Befunde im Liquor cerebrospinalis und in den Blutgefäßen liegen Berichte vor. In den Fällen mit Exitus unter den Erscheinungen von Hirnschwellung findet man ein starkes subpiales Ödem und mehr als chronisch zu bezeichnende Veränderungen der Leptomeningen.**

## F. Therapie.

Unter Berücksichtigung der Ätiologie können unsere therapeutischen Bestrebungen bis zu einem gewissen Grade einer kausalen Indikation gerecht werden. Wir müssen auf eine möglichst rasche und möglichst gründliche Entgiftung des Organismus hinarbeiten. Also vor allem energische Bekämpfung und Hintanhaltung jeglicher Obstipation. Im Beginn empfiehlt sich die Darreichung von Kalomel (etwa 0·3 in Pillen); ob dasselbe neben seiner abführenden auch eine darmdesinfizierende Wirkung besitzt, bleibe dahingestellt. Für fortgesetzten Gebrauch eignet sich das Kalomel selbstverständlich nicht, statt dessen dienen irgendwelche Purgantien (Pilul. aperientes Kleewein, Pil. laxantes, das Phenolphthalein in seinen verschiedenen Verkleidungen, wie Purgen, Darmol usw., die Salina usw.). Man verlasse sich aber ja nicht auf die interne Medikation allein, sondern helfe, namentlich im Beginn der Behandlung, durch hohe Eingüsse, Glyzerinsuppositorien u. dgl. nach. Es gibt Fälle so hochgradiger Koprostase bei akuten Geistesstörungen (und gerade bei diesen ist die Prognose auch quoad vitam keineswegs unbedenklich!), daß nichts übrig bleibt als die manuelle Ausräumung des Rektums. Recht sehr empfiehlt sich auch die länger fortgesetzte Verabfolgung gewisser Darmantiseptika: Jaspersche Kreosotpillen, die Salizylpräparate, Jodoform (1·0 pro die auf 10 Pillen verteilt)*), β-Naphthol 0·1, 1 bis 2 Pulver täglich, Menthol

---

***) Die Jodoformmedikation darf immer nur dann erst wiederholt werden, wenn der Harn keine Jodreaktion mehr gibt.**

(0·1 mit 0·2 Ol. amygdal. in Gelatinekapseln, 2 bis 3 Stück täglich), das Thymol (15 bis 20 Tropfen in spirituöser Lösung, nach den Mahlzeiten); man lasse die Kranken kleine Mengen sehr heißen Wassers trinken, eine leichte Karlsbader Kur gebrauchen usw. Besonders zu achten ist auch auf sorgfältige Mundpflege (eventuell Extraktion oder Plombierung kariöser Zähne usw.). Am besten setzt man die Kranken auf Milchdiät, wobei zugleich eine andere Indikation erfüllt wird, dem Körper möglichst viel Flüssigkeit zuzuführen. Zur Hebung des Allgemeinzustandes bewähren sich die verschiedenen Nährpräparate, die der Milch zugesetzt werden (Hygiama, Plasmon, Sanatogen usw.), sowie Eisen (Ferratin, Hämatogen usw.). Versuche, welche in neuester Zeit immer mehr mit subkutanen Kochsalzinfusionen gemacht werden und die vom theoretischen Standpunkt aus gewiß rationell erscheinen („lavage du sang"), scheinen aussichtsreich zu sein. Auch die Diaphorese soll möglichst angeregt werden durch feuchtwarme Einpackungen oder Medikamente (Aspirin usw.); genaue Überwachung der Herztätigkeit versteht sich von selbst.

Bezüglich der speziellen Symptomatologie erfordert ein direktes Eingreifen unter anderm die Nahrungsverweigerung, die Sitophobie. Es ist nun höchst bemerkenswert, daß dieses Symptom sehr häufig ohneweiters rasch zurückgeht unter der oben geschilderten kausalen Therapie. Sobald durch entsprechende Maßregeln die Koprostase beseitigt ist, sowie die Zunge sich reinigt, die abnormen Harnbestandteile schwinden, beginnen die Kranken in einer überraschend großen Zahl von Fällen spontan zu essen, wie man umgekehrt beobachten kann, daß im weiteren Verlauf bei vernachlässigter Aufmerksamkeit gegenüber den Darmfunktionen, bei Diätfehlern (z. B. gelegentlich Besuche von Angehörigen!) die Patienten wieder abstinieren. Gerade bezüglich der Nahrungsverweigerung sind auch die Erfolge der Kochsalzinfusionen in den geeigneten Fällen recht ermutigend.

Dort, wo nicht eigentliche Abstinenz vorliegt, sondern die Nahrungsaufnahme nur durch die Verworrenheit der Patienten erschwert ist, führt geduldiges „Ausspeisen", ähnlich wie bei der Melancholie, meist zum Ziele. In einem nicht eben großen Reste von Fällen endlich bleibt nichts anderes übrig als die Vornahme der künstlichen Ernährung mittels des Nasenschlauches, der sogenannten „Sondenfütterung". Man darf hiebei nicht gar zu lange warten, nicht etwa auf spontan eintretendes Hungergefühl sich verlassen, da bei absoluter Karenz nicht nur der Kräfteverfall rapid fortschreitet, sondern auch, wie die Erfahrung gezeigt hat, an der Magen-Darmschleimhaut gewisse Veränderungen relativ rasch sich einstellen, welche bewirken, daß Ingesta dann überhaupt nicht mehr toleriert und resorbiert werden. Man darf etwa 3 bis 4 Tage zuwarten. Als drin-

gende Mahnung zum Einleiten der künstlichen Ernährung stellt sich ein recht charakteristischer Foetor ex ore bei den Kranken ein, ein intensiver Azetongeruch.

Die Sondenfütterung wird jetzt allgemein nur per nares vorgenommen. Ein biegsamer Kautschukschlauch wird, nachdem er eingeölt ist, durch ein Nasenloch eingeführt und langsam vorgeschoben. Der Schlauch gleitet längs der hinteren Rachenwand bis zum Isthmus faucium, woselbst der Reiz des Fremdkörpers einen Schlingreflex auslöst und den Schlauch in die Speiseröhre weiterbefördert. Man nimmt diesen Augenblick recht deutlich wahr, indem der anfängliche leichte Widerstand plötzlich schwindet, und der Schlauch einem gewissermaßen unter der Hand nach vorwärts geschoben wird. Meist gestaltet sich die Prozedur ungemein einfach, aber auch bei heftig widerstrebenden Kranken genügt eine relativ geringe Assistenz, je eine Person zum Fixieren der oberen und unteren Gliedmaßen, eine Person zum Eingießen der Nährflüssigkeit in den Trichter. Den Kopf des Kranken fixiert der Arzt selbst mit einem Arme. Zu achten ist auf zweierlei. Manche Patienten erlangen eine gewisse Fertigkeit darin, mit der Zunge den Schlauch abzufangen, der sich dann in der Mundhöhle zu einem Knäuel zusammenballt und auf einmal zwischen den Zahnreihen zum Vorschein kommt. In diesem Falle heißt es eben Geduld haben. Bei sehr langsamem Vorgehen, wenn man darauf achtet, daß das Ende des Schlauches anfangs eben nur bis zur Höhe des Pharynxeinganges reicht, wird notwendigerweise ein Schlingakt reflektorisch ausgelöst. Ein anderes ernsteres Vorkommnis ist, wenn der Schlauch in die Trachea gelangt. Man merkt dies sofort an den krampfhaften Hustenstößen sowie an der veränderten Klangfarbe der Stimme bei schreienden Kranken. Um ja sicher zu gehen, mag man, wie von einigen empfohlen, vor dem Eingießen der Nährflüssigkeit durch den Schlauch Luft einblasen lassen bei gleichzeitiger Auskultation des Magens oder vor dem Eingießen der Nährflüssigkeit den Schlauch durch etwa eine halbe Minute komprimieren. Das Herausziehen des Schlauches soll mit mäßiger Schnelligkeit geschehen, wobei dieser auch fest komprimiert werden muß, damit im Schlauche noch befindliche Flüssigkeitsreste nicht dem Kranken in die Luftwege geraten.

Die einzuflößende Flüssigkeit sei lauwarm. Die Fütterung wird zweckmäßig zweimal täglich vorgenommen, wobei der Kranke für gewöhnlich jedesmal etwa 1 *l* Milch, 3 Eier, 10 bis 14 *dg* feinst geschabten Fleisches, ein wenig Kochsalz und nach Bedarf auch eines der gebräuchlichen Nährpräparate (Plasmon usw.), Medikamente usw., erhält. Doch darf man die eben angegebene Flüssigkeitsmenge nicht sofort verabfolgen, wenn man nach mehrtägiger Abstinenz sich endlich zur erstmaligen Fütterung entschließen muß. Der ausgehungerte Magen

würde darauf nur mit Erbrechen reagieren. Anfangs darf nur ein wenig (1/8 bis 1/4 *l*) Milch gereicht werden (gelegentlich wird zuerst überhaupt nur Wasser vertragen) und nur allmählich gehe man bis zur früher angegebenen täglichen Normalportion hinauf.

Wenn während der Sondenfütterung Erbrechen sich einstellt, muß der Schlauch sofort entfernt und der Patient in Seitenlage gebracht werden. Es sei hier auf zwei Momente hingewiesen, die eine Quelle des lästigen und nicht unbedenklichen Erbrechens bilden können. Einmal kommt es vor, daß ein ungeübter Wärter, im Bestreben, den Patienten recht fest zu halten, sich auf dessen Körper legt und so das Abdomen des Kranken drückt; einen anderen Grund wiederholten Erbrechens kann auch eine volle Blase bilden.

Zur Bekämpfung der Agrypnie dienen dieselben medikamentösen und physikalischen Maßnahmen wie bei den übrigen akuten Geistesstörungen. Dasselbe gilt bezüglich der Fälle, welche mit starker psychomotorischer Erregung einhergehen. Auch hier kann konsequent durchgeführte Bettbehandlung und Anwendung von Dauerbädern nicht warm genug gerühmt werden. Mit allzu reichlicher Anwendung der chemischen Schlafmittel möge man aber recht vorsichtig sein; als am unschädlichsten kann das Paraldehyd angesehen werden.

Daß man bei Schwächezuständen endlich auch von Exzitantien wird Gebrauch machen müssen (Kampfer, Strophanthus, Alkohol usw.), versteht sich von selbst.

Bei schleppendem Verlaufe wären auch leichte anregende hydriatische Prozeduren zu empfehlen.

Bei Übergang in einen sekundären Zustand mag ein Versuch mit Erzeugung künstlichen Fiebers durch Tuberkulininjektionen oder dgl. gemacht werden (vide des genaueren Kap. VII, G).

## Anhang zu Kapitel III.

Im Anschluß an die Amentia sei hier ein eigenartiges Krankheitsbild besprochen, bei dem es sich allerdings wahrscheinlich nicht um einen einheitlichen Prozeß handelt, das aber symptomatologisch am besten hier erörtert wird, das sogenannte

### Delirium acutum.

Nach einem kurzen Prodromalstadium mit vagen Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden, gestörtem Schlafe entwickelt sich ziemlich plötzlich ein Zustand höchstgradiger Verworrenheit. Der Grad der Verworrenheit ist der schwerste, den wir bei akuten funktionellen Psychosen kennen. Es gelingt überhaupt nicht, mit den Kranken sich

irgendwie in Rapport zu setzen, die Außenwelt existiert nicht für dieselben. Auf psychomotorischem Gebiete herrscht meist heftigste Erregung. Die motorischen Äußerungen tragen aber häufig gar nicht mehr den Charakter koordinierter Bewegungen, sondern elementarer Reizerscheinungen an sich. Ein ganz sinnloses Toben, Lachen, Schreien, Singen wechselt ab mit Naturlauten, Schnauben, Spucken, Husten, Grimassieren, Zähneknirschen; der Körper befindet sich in stetigen Jaktationen, der Kopf wird hin und her gedreht. Von der übelsten prognostischen Bedeutung ist aber dabei, daß trotz der hochgradigsten Erregung die Patienten Rückenlage einnehmen, ein Symptom, das die bedrohliche körperliche Schwäche der Kranken anzeigt. In anderen Fällen liegen die Kranken von vornherein mehr stuporös dahin; die Sitophobie, die somatischen Begleiterscheinungen und der Dekursus gestattet hier die Diagnose.

Ausnahmslos besteht absolute Sitophobie, was von um so ominöserer Bedeutung ist, als beim Versuch, den Kranken Nahrung einzuflößen, Erbrechen erfolgt. Das Verhalten der Temperatur ist verschieden, es finden sich sowohl febrile als auch subnormale Temperaturen, wobei die Gliedmaßen kühl, zyanotisch sind. Zunge und Lippen tragen fuliginösen Belag, die Augen sind haloniert, das Abdomen ist druckschmerzhaft, aufgetrieben oder auch kahnförmig eingezogen. Häufig besteht Druckempfindlichkeit der peripheren Nervenstämme, zuweilen Nackensteifigkeit oder andere meningeale Reizerscheinungen. Die Harnmenge ist spärlich, der Harn hochgestellt, enthält reichlich Azeton und Azetessigsäure, auch Albumin. Das Körpergewicht sinkt rapid, die Patienten verfallen sozusagen unter unseren Augen.

Die motorische Erregung läßt nach einigen Tagen nach, beziehungsweise die Erschöpfung nimmt überhand. Das Bild erinnert dann ganz an die mussitierenden Delirien schwerer Typhusfälle. Die Patienten grimassieren, bringen mit flüsternder, lallender Stimme unverständliches Gefasel vor, zupfen an der Decke, greifen in der Luft herum, und innerhalb weniger Tage bis einer Woche erfolgt der Exitus.

Bei der Obduktion findet man eine ganz enorme arterielle Hyperämie des Gehirns (die Rinde sieht schokoladefarbig aus), zuweilen auch einen Befund, wie er sonst gewöhnlich bei progressiver Paralyse gefunden wird. Bemerkenswert sind die Veränderungen außerhalb des Zentralnervensystems. Man findet z. B. die Zenkersche Muskeldegeneration, trübe Schwellung oder fettige Degeneration der parenchymatösen Organe. Der eröffnete Kadaver riecht oft noch bei der Sektion intensiv nach Azeton. Häufig findet man hochgradige Koprostase oder eine eigentümlich zähe Konsistenz des Darminhaltes, der sich nur schwer von der Mucosa abstreifen läßt.

Die Prognose ist stets eine sehr ernste. Ein großer Teil aller Fälle endet letal. (Autoren, welche den Begriff Delirium acutum weiter fassen und auch besonders schwere Fälle von Mania gravis und Amentia miteinbeziehen, haben natürlich einen geringeren Mortalitätsprozentsatz zu verzeichnen.) Bei rechtzeitig eingeleiteter Therapie bringt man aber doch manchen Fall durch. Das weitere Schicksal der unter dem Symptomenkomplex des Delirium acutum erkrankten Patienten gestaltet sich, wenn einmal die lebensgefährlichen Erscheinungen vorüber sind, verschieden. In manchen Fällen geht unter Nachlassen der Intensität aller Erscheinungen das Bild in eine gewöhnliche Amentia über und kommt schließlich, zuweilen sogar überraschend schnell, zur vollständigen Heilung. In manchen Fällen wieder entwickelt sich das Bild einer typischen progressiven Paralyse oder Katatonie. .

Die Ätiologie ist vielfach noch unklar. Die Schwere des Zustandsbildes, namentlich aber die so sehr markanten somatischen Symptome weisen auf eine schwere Vergiftung hin, auf eine schwere Allgemeinerkrankung. Zuweilen läßt sich tatsächlich der ganze bedrohliche Zustand auf eine bestimmte alimentäre Schädlichkeit zurückführen. Insofern zeigt das Delirium acutum eine enge Zugehörigkeit zur Amentia; manche Fälle aber müssen der Dementia paralytica zugerechnet werden (nach weiterem Verlauf und Obduktionsbefund); oder es entwickelt sich eine Katatonie.

## Therapie.

Möglichst gründliche und rasche Entgiftung des Organismus ist die oberste Indikation. Die Behandlung deckt sich hier mit den schon bei Besprechung der Amentia beschriebenen Maßnahmen (vide diese); Regelung der Darmtätigkeit kann hier geradezu ein lebensrettender Eingriff genannt werden, daher man nicht energisch genug vorgehen kann. Auch die subkutanen Kochsalzinfusionen sind hier am Platze. In einigen Fällen glaube ich von der Anwendung von Kollargolklysmen (1:100) oder von Elektrargolinfusionen (intravenös 10 $cm^3$) einen Erfolg gesehen zu haben. Dabei helfe man fleißig durch Kampferinjektionen nach, durch Verabfolgung von Digitalis, Alkohol usw. Bei subnormalen Temperaturen heiße Einpackungen. Die künstliche Ernährung ist in fast jedem Falle von Delirium acutum notwendig (freilich leider oft wegen des unstillbaren Erbrechens ohne Erfolg). Statt der Sondenfütterung macht man auch von Nährklysmen Gebrauch.

# II. Die funktionellen chronischen Geistesstörungen.

## IV. KAPITEL.

# DIE PARANOIA.

Die Paranoia ist gekennzeichnet durch die chronisch fortschreitende Entwicklung von systemisierten Wahnideen. Ein konstantes Symptom sind ferner Halluzinationen (namentlich des Gehörsinnes), während primäre Anomalien der Stimmung und des Assoziationsprozesses fehlen.

### A. Symptomatologie.

#### a) Psychisch.

Wir können unseren ganzen Vorstellungsschatz einteilen in Vorstellungen, die das eigene Ich und dessen Beziehungen zur Außenwelt betreffen, und in solche, welche mit dem „Ich" nichts zu tun haben, erworbene Kenntnisse usw. Die Wahnideen der Paranoiker knüpfen nun primär an die Vorstellungen der ersten Kategorie an, während die zweite Art intakt bleibt (wenigstens für lange Zeit; nur in den spätesten Stadien kommt es dazu, daß die Kranken auch andere Vorstellungen wahnhaft verfälschen, daß das ganze Vorstellungsleben wahnhaft verändert ist; „allgemeine Verrücktheit" im Gegensatz zu „partieller" Verrücktheit). Die Wahnideen sind fix, stehen untereinander in einem eigentümlichen System, sind — man möchte fast sagen logisch — aus einander abgeleitet.

Bei dem chronisch fortschreitenden Verlaufe des Leidens verändert sich allmählich der Typus der Wahnideen (Transformation), und Kranke in Frühstadien gleichen durchaus nicht vorgeschrittenen Fällen. Es lassen sich in typischen Fällen folgende Stadien erkennen:

Das Prodromalstadium hat nichts für die Paranoia charakteristisches. Nur retrospektiv an der Hand einer genauen Anamnese läßt sich der Zusammenhang mit der späteren Paranoia nachweisen. Es bemächtigt sich der Leute ein Gefühl eigentümlicher Unzufrieden-

heit mit sich, einer inneren Unruhe. Die Kranken bemerken irgend eine Veränderung in sich, daß sie nicht mehr dieselben sind wie früher. Sie beginnen an sich herumzuexperimentieren, probieren es mit Feuereifer mit irgend einer modernen extremen Heillehre (Vegetarianismus, Naturheilverfahren, Jägerianismus usw.); sie bilden ein Kontingent aller der einseitigen und verkehrten Autodidakten; ein Handlungsbeflissener studiert plötzlich Nietzsche, ein Fähnrich die Apokalypse usw.

Sehr früh aber kommt nun eine andere Erscheinung hinzu, die sich jetzt wie ein roter Faden durch das ganze Bild der Paranoia zieht, die Neigung der Kranken, Innenvorgänge in die Außenwelt zu projizieren und alle Vorkommnisse in der Außenwelt in eine Beziehung zur eigenen Person zu bringen („egozentrische Gedankenrichtung"). Die Kranken gelangen bald in das Stadium des „Beachtungswahnes". Die Kranken fühlen dunkel eine merkwürdige Veränderung in sich; bald erscheint es ihnen aber auch, daß der Außenwelt diese Veränderung nicht entgangen sei*).

Man schenkt ihnen mehr Aufmerksamkeit als früher, beobachtet sie, geht ihnen nach, macht Bemerkungen. Fließend führt dieses Stadium in das des Verfolgungswahnes hinüber. Die Leute auf der Straße werfen einander bedeutungsvolle Blicke zu, während Patient vorübergeht, räuspern sich, spucken aus, stecken die Hände in die Hosentasche, um anzudeuten, daß sie den Patienten der Onanie bezichtigen, oder sie trällern absichtlich einen bestimmten ordinären Gassenhauer. In der Zeitung finden sich verblümte Anspielungen, „alles stimmt", wenn auch vielleicht die Anfangschiffren des Namens „absichtlich" vertauscht sind; die Freunde ziehen sich zurück, der Chef ist plötzlich auffallend steif und zurückhaltend, vor seiner Zimmerschwelle findet der Kranke ein weggeworfenes Endchen einer Schnur, eine Anspielung, daß er sich aufhängen solle; das Gegenüber vom Fenster arrangiert die Blumentöpfe in eigentümlicher Weise usw. Der Patient hat anfangs eine ganz bestimmte Person im Verdachte, von welcher dieses ganze Treiben ausgehen soll, einen Geschäftskonkurrenten, einen Nebenbuhler, einen Amtskollegen usw., der die Nachbarn gegen ihn aufhetzt. Patient beschließt, den Klügeren zu spielen und seinen Widersachern das Feld zu räumen, er verläßt seinen Posten, seine Wohnung, übersiedelt in einen ganz anderen

---

*) Eine einschneidende Veränderung der eigenen Persönlichkeit als auch der Außenwelt auffällig vorauszusetzen, ist übrigens eine ganz physiologische Erscheinung. Man erinnere sich nur z. B. des seltsamen Gefühles, das uns beschlichen hat, als wir gelegentlich des Freiwilligenjahres zum ersten Male in Uniform ausgingen. Man hat die Empfindung, daß es einem alle Leute anmerken, daß man jetzt zum ersten Male im Waffenrock ausgeht, daß einem die Leute nachschauen usw.

Stadtteil; bald beginnt aber dort ganz dasselbe Treiben von neuem. Wieder tuscheln und flüstern die Leute über ihn, machen sich lustig, sprechen „durch die Blume", legen ihm Hindernisse in den Weg, folgen ihm auf Schritt und Tritt. Dem Patienten, der wegen seines Berufes zu derselben Stunde denselben Weg gehen muß, fällt es plötzlich auf, daß er immer denselben Leuten begegnet, offenbar verkappten Detektivs. Die Tramway- und Omnibusschaffner sind auch mit im Spiele, sie pfeifen immer, um die Leute auf ihn aufmerksam zu machen. Der Kellner im Kaffeehaus reicht ihm mit bedeutungsvollem Lächeln „präparierte" Zeitungen, in denen es von allerlei Anspielungen nur so wimmelt. Wohin auch Patient sich wendet, überall ist dieselbe Hetze los. Bald muß er zur Einsicht kommen, daß er das Opfer einer ganz planmäßig angelegten feindseligen Aktion sei. Der kleine Geschäftsmann, den Patient früher im Verdachte hatte, aus Brotneid der Anstifter gewesen zu sein, der Nebenbuhler, der ihm sein Mädchen abtrünnig machen wollte, alle diese kleinen unbedeutenden Persönlichkeiten wären gar nicht imstande, solch umfangreichen mächtigen Apparat in Tätigkeit zu setzen, einen ganzen Stadtteil zu beeinflussen, ja sogar in ferne Städte und Länder ihre Agenten zu senden, um den Patienten verfolgen zu können. Es müssen mächtige Feinde gegen ihn verbünden, wenn mit so großen Mitteln fügen; es sind nun ganze Gesellschaftsklassen oder bestimmte Genossenschaften, die sich gegen den Patienten verschworen, die Freimaurer, Jesuiten, Sozialdemokraten, Juden usw. In diesen Ideen steckt implizite schon die Wurzel von Größenideen, und der Kranke gerät nun in das Stadium des G r ö ß e n w a h n e s. Wenn sich so mächtige Feinde gegen ihn verbünden, wenn mit so großen Mitteln gegen ihn operiert wird, dann kann er ja unmöglich der bescheidene Konditorgehilfe, der obskure Schneiderssohn sein; dann muß etwas Besonderes hinter ihm stecken. Wieder sind es tausenderlei kleine, an sich vielleicht reale Vorkommnisse, denen der Kranke eine besondere Bedeutung beimißt und die er in seinem Sinne auslegt. Er sah den Kaiser vorüberfahren, der gerade auf den Patienten hinblickte; seine Mutter sang ihm das Kinderliedchen vor: „Schlaf, Kindchen, schlaf, dein Vater ist ein Graf". Es fällt dem Kranken auf, daß er gerade am 24. Dezember zur Welt kam, seine Mutter heißt auch Maria; die Eltern haben ihn stets den anderen Geschwistern vorgezogen, oder sie haben im Gegenteile ihn den anderen gegenüber zurückgesetzt, weil er eben gar nicht das richtige Kind des unansehnlichen bäuerlichen Ehepaares war, sondern nur durch Hofkabalen zu demselben in Pflege gegeben worden war usw. Einem unserer Patienten war, während er dem Leichenbegängnisse einer fürstlichen Persönlichkeit zuschaute, im Gedränge die Taschenuhr ge-

stohlen worden. Der Kranke hatte den Griff sogar gefühlt, sich aber nicht gerührt, da er des Glaubens war, ein dem Kondukte folgender Monarch habe den Auftrag erteilt, ihm ein „Andenken“ von dem Patienten zu verschaffen.

Die wahnhafte Verfälschung des Vorstellungsinhaltes macht aber weitere Fortschritte, immer mehr Beziehungen werden entdeckt. Es gibt schließlich nichts mehr, kein noch so harmloses Ereignis aus der Vergangenheit oder Gegenwart, das nicht für den Patienten besondere Bedeutung gewönne, mit hinein verflochten würde in das Wahnsystem. Es gibt schließlich keine gesunden Vorstellungen mehr, die Kritik schwindet, jene gewisse „Logik“ geht verloren, das Wahngebäude zerfällt, beziehungsweise es tauchen mehrfach ganz unvereinbare Wahnideen auf, und schließlich enden die Kranken in einem Zustand von gewisser geistiger Schwäche (Terminalstadium).

Was den konkreten Inhalt der Wahnideen betrifft, so ist derselbe ungemein verschieden, je nach dem prädominierenden Vorstellungsleben des Einzelnen in seinen gesunden Tagen. Der Inhalt an sich ist unwesentlicher Art; das Pathognostische liegt in dem Typus, im Mechanismus der Wahnbildung. Nicht auf das „Was“, sondern auf das „Wie“ kommt es hier an. Leute mit Interesse für öffentliches Leben, Politik haben es in ihrem Verfolgungswahn mit der Sozialdemokratie oder den Feudalen usw. zu tun und avancieren in ihrem Größenwahn zum rechtmäßigen, früher vom Monarchenschlosse vertriebenen Thronfolger; Leute, bei denen religiöse Vorstellungen eine große Rolle spielten, treten auf als Religionsstifter, Reformatoren, wiedererstandener Messias. Ungemein häufig ist ein sexueller Kern des Wahngebäudes vorhanden, zumal bei Frauen, verschmähte Liebhaber, Nachstellungen von seiten des Monarchen, des Papstes, Gottes selbst, der sie auserkoren ob ihrer außerordentlichen Schönheit usw. usw. Eine besondere Einteilung in eine Paranoia erotica, politica, inventoria usw. ist tatsächlich überflüssig.

In welchem Zeitraume die einzelnen oben skizzierten Stadien sich abspielen, ist nun verschieden (soll auch später noch erörtert werden). Vor allem kommt hiebei in Betracht die Kritikfähigkeit, die dem betreffenden Kranken von Haus aus eigen ist. Bei Leuten mit lebhafter Phantasie und schwacher Kritik wird naturgemäß die Wahnbildung raschere Fortschritte machen als bei solchen, welche über eine gehörige Dosis reflektierender Vernunft verfügen. Derlei Kranke kämpfen lange Zeit an gegen jede neue Wahnidee, zweifeln, lassen gelegentlich sogar eine oder die andere Vermutung als unbegründet fahren, bis erst die Fülle von „Tatsachenmaterial“ sie zu ihren wahnhaften Schlüssen nötigt. Ein zweites Hauptmoment aber,

auf das es betreffs des mehr minder raschen Verlaufes ankommt und das besonders imstande ist, die Kritik zu untergraben und die Wahnbildung zu unterstützen, wurde bis jetzt nicht erörtert. Es sind dies die in jedem Falle von Paranoia früher oder später auftretenden Halluzinationen. Die wichtigsten sind vor allem Gehörstäuschungen (und zwar seltener vom Charakter der elementaren Akouasmen, als vielmehr der „Stimmen").

Die Gehörshalluzinationen sind zweierlei Art. Einmal kommen jene Gehörstäuschungen vor, wie wir sie schon bei der Amentia kennen gelernt haben, „Stimmen", recht häufig von unangenehmem, speziell derb obszönem Charakter. Diese Stimmen sind von großer sinnlicher Lebhaftigkeit. Die Kranken vernehmen sie etwa so wie die realen Gespräche ihrer Umgebung, können alle sinnfälligen Eigenschaften derselben angeben, Zahl, Klangfarbe (Weiber- und Männerstimme), Intensität, die Richtung, aus der sie erschallen (es werden nämlich diese Stimmen nach außen projiziert), in einigen Fällen (vide später) können die Kranken sogar angeben, auf welchem Ohre sie diese Stimmen hören. Demgegenüber stehen nun eine Reihe von Gehörstäuschungen höchst interessanter Art, welche gerade bei der Paranoia besonders häufig vorkommen und welche anderseits bei anderen Psychosen (mit Ausnahme der Halluzinose der Trinker) viel seltener in wohlausgesprochener Weise beobachtet werden, die sogenannten Pseudohalluzinationen. Es handelt sich hiebei um das Bewußtwerden der eigenen Gedanken; der Prozeß z. B., den wir Überlegung nennen, das Widerstreiten fördernder und hemmender Vorstellungen, ehe wir irgend eine Handlung ausführen, was sich oft ganz im Unterbewußtsein vollzieht, wird von den Kranken akustisch wahrgenommen. Man „kritisiert" ihr ganzes Treiben, spricht in alles hinein, „jetzt nimmt er die Gabel in die Hand . . . . jetzt trinkt er . . . ." usw., oder „er soll essen — nein, das soll er bleiben lassen" usw. Einer unserer Kranken gab die Auskunft, diese Leute (scil. die Pseudohalluzinationen) hätten nur gewöhnliche Volksschulbildung, weil sie nicht so fein redeten wie z. B. die Ärzte, sondern ganz so im Dialekte wie er selbst; ein anderer, der recht sprachenkundig war, berichtete stets, daß deutsch, ungarisch und italienisch „von außen geschimpft" werde; die anderen aber, welche ihm „so leise in alles hineinreden", sprächen nur tschechisch (Muttersprache des Patienten). Wenn der Kranke für sich liest, plappert jemand laut hinter ihm das Gelesene mit (Echohalluzination des Gelesenen), alles, was der Patient sich denkt, was ihn lebhaft interessiert, wird laut ausgesprochen (Gedankenlautwerden, Gedankenecho). Die anderen Leute wissen so die Gedanken der Patienten; es ist dies mit einer der Gründe, warum das Examen Paranoischer oft auf große Schwierig-

keiten stößt. Die Kranken setzen ja alles als dem Fragenden bekannt voraus, derselbe müsse ja seine Gedanken wissen, und so betrachtet der Kranke Fragen als überflüssig, wenn nicht gar als Art Hänselei. Bei der eigentümlichen Gedankenrichtung dieser Kranken werden die Pseudohalluzinationen auch gelegentlich derart gedeutet, daß man ihre Gedanken beeinflußt, ihnen Gedanken „abzieht" und „macht", man „sagt ihnen vor, was sie denken müssen". — Im Gegensatz zu den echten Halluzinationen geht diesen Pseudohalluzinationen eine sinnliche Lebhaftigkeit ab. Die letztere Art von Stimmen erscheint leise, wird auch meist in den Körper selbst verlegt. Zwischen den echten und den Pseudohalluzinationen gibt es übrigens auch fließende Übergänge, Mischformen.

Die Intensität beider Arten von Stimmen ist recht ungleich nicht nur bei verschiedenen, sondern auch bei einem und demselben Patienten. Vorübergehend erreichen die Gehörshalluzinationen einen derartig hohen Grad und erscheinen so massenhaft, daß die Patienten von ihnen gänzlich eingenommen sind, den Eindruck leichter Verworrenheit machen, daß man sich mit ihnen kaum in Rapport setzen kann. Häufig wirken geistige oder körperliche Arbeit, irgendwelche Ablenkung recht wohltätig. Die Patienten geben z. B. an: „Ja, wenn ich mit jemand mich unterhalte, dann sind ‚sie' still". Umgekehrt gelingt es durch Hinlenkung der Aufmerksamkeit, die Patienten zu lebhafterem Halluzinieren zu bringen. Ein Kranker, der z. B. angibt, so lange er mit dem Arzte spreche, nichts von den Stimmen zu hören, reproduziert, aufgefordert, recht aufmerksam zu sein und alles, was ihm die Stimmen sagen, zu wiederholen, nach einigem Lauschen den Inhalt der Stimmen, irgend einen beleidigenden Zuruf oder eine Pseudohalluzination, z. B. „Da sitzt er und hört uns zu".

Im Gegensatz zu den Gehörstäuschungen, welche zu den konstantesten Symptomen der Paranoia gerechnet werden dürfen, werden Gesichtshalluzinationen bei der echten Paranoia sehr selten beobachtet und spielen, wenn vorhanden, keine besondere Rolle im Krankheitsbild. Bei flüchtigem Examen mag es wohl scheinen, als ob Gesichtstäuschungen bei der Paranoia recht häufig vorkommen. Die Kranken berichten z. B., daß sie „durchleuchtet" werden mittels X-Strahlen, mittels „unsichtbaren gestohlenen Lichtes", beschreiben mehr minder genau die komplizierten Maschinerien, mittels deren die Stimmen und die verschiedenen abnormen Sensationen ihnen erzeugt werden („Hypnotisiermaschinen"), zeichnen dieselben mitunter sogar auf. Bei eingehendem Examen kann man sich aber meist überzeugen, daß die Patienten alles dies nicht wirklich gesehen haben, sondern daß sie zu den diesbezüglichen Kenntnissen nur durch die Stimmen gelangt sind, von denselben über die Maschinen usw. unterrichtet

wurden (am ehesten noch kommen unzweifelhafte Gesichtshalluzinationen vor in den Fällen mit starker alkoholischer Anamnese).

Geruchs- und Geschmackshalluzinationen (von derselben Beschaffenheit wie z. B. bei der Amentia) werden wieder häufiger bei der Paranoia beobachtet und zu Vergiftungsideen verwertet, ohne übrigens in der Klinik dieser Krankheit eine besondere Bedeutung zu erlangen. (Giftige Dünste, „warme und kalte Gerüche“ usw.)

Eine wesentlich größere Rolle spielen hingegen wieder eigentümliche abnorme Sensationen oder Halluzinationen auf dem Gebiete des Gemeingefühles, welche von den Kranken meist sehr peinlich empfunden werden. Bei einer Gruppe dieser körperlichen Sensationen handelt es sich allerdings sicher nicht um wirkliche Halluzinationen, sondern um an sich physiologische Vorgänge, die nur von den Patienten wahnhaft gedeutet, als durch äußere Einflüsse erzeugt aufgefaßt werden. Männliche Patienten beschweren sich, daß man ihnen nächtlich das Glied steif mache, die „Natur abziehe“, weibliche Paranoiker werden häufig durch die sogenannten Koitushalluzinationen gequält. Zum Teil handelt es sich um wahnhafte Auslegung der pollutionsähnlichen Vorgänge beim weiblichen Geschlechte, zum Teil um irgendwelche abnorme Sensationen in den Genitalien, wobei wollüstige Empfindungen überhaupt fehlen, ja sogar über unangenehme Gefühle, heftige Schmerzen geklagt wird.

Viele der Organhalluzinationen entziehen sich überhaupt unserem Verständnis, d. h. irgendeiner Analogie mit möglichen physiologischen Empfindungen. Eine Kranke beschwert sich darüber, daß sie von ihrer mit einer Stickerei beschäftigten Nachbarin „mit eingenäht“ werde, ein anderer erzählt, daß man ihm „in sein Rückenmark hineinspuckt“, der Schädel werde auf- und zugeklappt, sie würden „durchgängig“ gemacht, gebratene Syphilis werde ihm ins Gesicht geworfen, die Beine seien aus Glas, der Körper werde mit Röntgenstrahlen durchleuchtet usw. (Hypochondrische Verrücktheit oder „physikalischer Verfolgungswahn“.) Gerade bei dieser letzteren Art von Halluzinationen spielt die Wortneubildung eine große Rolle (vide unten).

Die Art und Weise, wie die Kranken zu ihren Halluzinationen sich stellen, ist verschieden. In vielen Fällen, namentlich bei Leuten mit geringem Kausalitätsbedürfnis, stehen die Halluzinationen ziemlich isoliert da, werden von den Patienten einfach als gegebene Tatsache hingenommen, ohne daß sich die Kranken besondere Gedanken machen über das Wie und Warum. In anderen Fällen werden Erklärungen versucht, verschieden, je nach dem Bildungsgrade und Intellekt des einzelnen. Von den einen werden die Stimmen auf Zauberei usw. zurückgeführt, in anderen Fällen halten die verschie-

denen technischen Erfindungen der Neuzeit her, Phonogramm, Telephon, drahtlose Telegraphie usw. In ähnlicher Weise werden auch die mannigfachen Gefühlstäuschungen durch Hypnose, Telepathie, durch mehr minder phantastische Maschinerien erklärt, wobei Röntgenstrahlen, Elektrizität, Magnetismus usw. eine große Rolle spielen. Dabei kommt es ungemein häufig zu einem höchst bemerkenswerten Symptom, zu der sogenannten „Wortneubildung" (Paraphrasia vesanorum). Durch das Halluzinieren gelangen die Patienten zu derartig vielen, dem bisherigen Erfahrungsschatze absolut fremden und widersprechenden Vorstellungen, daß sie für die Fülle der neuen Erlebnisse, Sensationen usw. auch mit ihrem bisherigen Sprachschatz nicht auskommen. Die Patienten erfinden nun neue Worte, entweder indem sprachübliche Worte durch Anhängung von Suffixen in eigentümlicher Weise verändert oder in einer ganz bestimmten, dem Sprachgebrauche fremden Weise benützt werden, oder indem ganz neue Vokabeln willkürlich gebildet werden, welche überhaupt keiner Sprache angehören. Die Kranken sprechen von der „Elektrisur", von dem „Geisterotophon", der „Telephonpässe", „Pißkotelteig" (aus „Pischen" und „Kot" gebildet), von den „Zielplauderern", „Magnetschüssen", „Detektivierern", von der „Fremung", „Wiensperre", „Impotenzierungspulver", „Hörgeflüster" usw. Wenn die Wortneubildung überhand nimmt, so wird vielfach das Gespräch total unverständlich, die Kranken machen geradezu den Eindruck der Verworrenheit, und nur die stete Wiederholung bestimmter Worte in einem ganz bestimmten Zusammenhange läßt erkennen, daß die Kranken mit den uns unverständlichen Äußerungen stets einen ganz bestimmten Sinn verbinden. Psychologisch interessant ist dabei auch, daß selbst derlei Patienten mit massenhaften Wortneubildungen zwischendurch in längerer wohlgesetzter Rede und durchaus unauffälliger Ausdrucksweise z. B. die Bitte um eine Kostveränderung vorbringen, oder irgend ein Erlebnis, das sie nicht unmittelbar affektiv berührt, schildern können u. dgl.; auch Zahlen spielen in den Reden der vorgeschrittenen Paranoiker eine große Rolle.

Sprachprobe: „Das Tiergebon grenzt an den Menschen, denn es ist hundertmal stärker als dieser und muß ihm doch gehorchen. Mensch und Tier ist ein Quent. Der Mensch muß gewennt sein und darf das Tier nicht überstemmen, sonst wirft ihn das Tier in die Keule des Tiergebon hinein . . . . . ich bin kein Narr, dies zeigen meine Reimsen, das was von meinem Verstande übrig bleibt, sind 22 Binsen, die muß ich täglich auf die Universität tragen" usw.

Was nun die wechselseitige Beziehung der Halluzinationen zu den Wahnideen anbelangt, so wird die Wahnbildung durch die Sinnestäuschungen sehr gefördert.

Die Halluzinationen nehmen auch an der Transformation des Wahngebäudes teil, indem mit überhandnehmenden Größenideen auch der Inhalt der Stimmen ein anderer wird. Die Beschimpfungen usw. werden seltener, dafür erfahren jetzt die Kranken ihnen angenehme Dinge, sie finden in den Stimmen nunmehr Bestätigung ihrer Größenideen.

Bei einer unserer Patientinnen, welche über ihre Stimmen ein genaues Tagebuch führte, fanden sich in den ersten Jahren nur Vormerkungen über unflätige Beschimpfungen, dazu als Urheber dieser Stimmen Namen von Personen aus ihrem Bekanntenkreise. Nach und nach schlichen sich halluzinierte „Heiratsanträge" ein, ausgehend von hohen Persönlichkeiten; zuletzt waren es glühende Liebeserklärungen und glänzende Verheißungen, dazu in Klammer die Notiz: „Stimme seiner Majestät an mich, die Erzherzogin!"

Es gibt wohl kaum einen Fall von Paranoia, bei welchem nicht die beiden Symptome, systemisierte Wahnbildung und Sinnestäuschungen, vorliegen. Beide Symptome brauchen aber durchaus nicht parallel zu gehen. Es gibt Fälle, welche durch viele Jahre nur Wahnideen produzieren, andere, bei welchen die Halluzinationen frühzeitig das Krankheitsbild beherrschen, ohne daß es durch längere Zeit hindurch zu einem systemisierten Wahngebäude kommt. Dementsprechend wurde auch eine Paranoia combinatoria der Paranoia hallucinatoria gegenübergestellt.

Das Gebaren der Kranken ist durchaus sekundär bedingt durch den Inhalt der Wahnideen und Halluzinationen, ist daher verschieden, erstens nach dem Stadium des Leidens, dann aber auch nach der Individualität des Patienten. Man kann etwa sagen, daß sich ein Paranoiker so benimmt, wie ein Gesunder handeln würde, der in ähnliche Situationen versetzt wäre. Eine von Haus aus schüchterne, mimosenhafte Natur weicht nach Tunlichkeit allen Anfeindungen aus, räumt den Widersachern schweigend einfach das Feld. Zuweilen bereitet dann ein Selbstmord der qualvollen Existenz ihr Ende, und hinterlassene Tagebuchblätter oder andere Aufzeichnungen „Die Geschichte meiner systematischen, heimtückischen, jesuitisch-infernalischen, gedankenzubläserischen Verfolgungen" oder dgl. offenbaren die Diagnose. Ein anderer nimmt in seiner Not die Hilfe der Staatsgewalt in Anspruch, rennt zur Polizei, zu den verschiedenen Behörden, um durch schriftliche und mündliche Klagen sich Schutz zu verschaffen. Ein dritter endlich, der seiner ganzen Anlage nach rachsüchtig, gewalttätig ist, beschreitet den Weg der Selbsthilfe, erwidert Beschimpfungen mit gleicher Waffe oder reagiert mit Tätlichkeiten („persécuté persécuteur").

Manche Paranoiker also befinden sich in steter Flucht vor ihren Verfolgern, halten es an keinem Orte, in keinem Posten lange aus; durch dieses unstäte Leben kommen natürlich die Leute sozial stark herunter. Unter den Vagabunden rekrutiert sich ein Teil aus verkappten Paranoikern (aber auch manche der „Globetrotters" gehören hieher). Andere schließen sich ganz von der Außenwelt ab, verkehren mit ihr nur so viel, um die nötigen Lebensmittel sich zu verschaffen, die sie selbst zubereiten. Hinter manchem „Sonderling", der jahrzehntelang einsam ein Zimmerchen bewohnt, mit der Nachbarschaft nicht spricht, nur von frischen Eiern lebt, wobei die Bezugsquellen möglichst oft gewechselt werden (Vergiftungswahn!), der Türen und Fenster sorgfältig verschließt usw., steckt ein Paranoiker. Einige Kranke wieder fallen ihrer Umgebung dadurch auf, daß sie sich stets in ungemein weitschweifiger Weise entschuldigen, stets irgendetwas rechtfertigen wollen, während die erstaunte Umgebung keine Ahnung hat, was eigentlich los sei. Manche benützen die Zeitung, speziell den „kleinen Anzeiger", um gegen ihre Widersacher aufzutreten oder ihrem Ideal Winke zu geben (der Kundige kann häufig im Annoncenteil jeder Tageszeitung eine oder die andere Notiz finden, welche die Diagnose Paranoia ohneweiters gestattet).

Um sich vor den verschiedenen Halluzinationen zu schützen, gebrauchen die Kranken manchmal die eigenartigsten Mittel, sonderbar zugeschnittene Lederkopfbedeckungen gegen die elektrischen Strahlen, Amulette, selbstgebildete Wörter, Zaubersprüche und Formeln usw.

Die Kranken bestürmen ihnen ganz fremde Personen, die sie vielleicht niemals gesehen haben, plötzlich mit Heiratsanträgen, nachdem sie durch das Gerede der Leute, durch Anspielungen, durch Zeitungsannoncen usw. seit langem dazu aufgemuntert zu sein glauben usw. Wie erwähnt, wenden sich sehr viele Kranke auch an alle erdenklichen Behörden, erstatten Anzeigen, verlangen Schutz, lassen sich ein Sittenzeugnis, eine Leumundsnote ausstellen; weibliche Kranke begehren ein amtsärztliches Attest, das ihre Virginität bezeugen solle, oder sie untersuchen ihre Genitalien, vergleichen damit irgendwelche Abbildungen im „Meyer" und schließen aus der Differenz zwischen Natur und der Abbildung, daß bei ihnen etwas nicht in der Ordnung sei; es müssen mit ihnen unzüchtige Dinge getrieben worden sein usw. Ein Teil der Paranoiker greift endlich zur Selbsthilfe. Derartige Patienten gehören zu den gefährlichsten Geisteskranken. Vermöge ihres klaren Sensoriums, ihres ungestörten Intellektes sind die Kranken imstande, irgend ein Attentat planmäßig, von langer Hand, vorzubereiten.

Aus eben dem Umstand, daß eine tiefere assoziative Störung nicht vorliegt, erklärt sich ein Symptom, das schon gelegentlich der

Melancholie besprochen wurde, bei der Paranoia aber geradezu mit zu den pathognostischen, kaum je fehlenden Zügen gehört, die Dissimulation. Die Kranken merken sehr bald, mit welchen Ideen sie bei ihrer Umgebung Anstoß erregen und, je nachdem, ausgelacht oder für „närrisch" erklärt werden, und sie verstehen es nun, mehr minder geschickt und mehr minder lange mit ihren Wahnideen hinter dem Berge zu halten. Die Kranken sind ja selbstverständlich von der Realität ihrer Wahnideen felsenfest überzeugt, von ihrer Umgebung schließen sie aber: „Entweder Dummköpfe, die nichts verstehen können, oder Schufte, die nichts verstehen wollen, die miteinvorstanden sind"; ergo machen sie gute Miene zum bösen Spiel. Auf das Dissimulieren verlegen sich die Patienten namentlich dann energisch, wenn sie die Anstaltsinternierung über sich ergehen lassen müssen. Manche stellen es da recht plump an, indem sie alle ihre früheren Äußerungen, die Daten des amtsärztlichen Pareres, die Angaben der Familie usw. einfach schlankweg als unwahr hinstellen. Andere packen die Sache schlauer an; sie geben alle die gravierenden Momente zu, erklären sie aber als Ausfluß von Krankheit, sie hätten wohl früher das oder jenes geglaubt, das sei aber nur Einbildung gewesen usw.

Die Dissimulation ist nun freilich fast jedesmal leicht zu durchblicken. Charakteristisch für die Kranken ist vor allem ein eigentümlich überlegenes, bedeutungsvolles Lächeln, das sie dem Examinierenden gegenüber bewahren. In dem Bestreben, die Sache recht gut zu machen, verfallen ferner die Patienten leicht darauf, auch ganz belanglose Äußerungen oder Begebenheiten entweder zu negieren oder als „Einbildung" darzustellen usw. Die Frage der Dissimulation ist ein Punkt, der speziell bei der Entlassung der Kranken aus der Anstaltspflege oder Aufhebung der Kuratel von großer Bedeutung ist.

**b) Somatisch.**

Irgendwelche konstante Begleiterscheinungen auf körperlichem Gebiete sind uns bei der Paranoia bis jetzt nicht bekannt. Speziell weisen Körpergewicht und Menstruationsprozeß keine wesentlichen Störungen auf. In einigen Fällen wurde Steigerung der tiefen Reflexe und der mechanischen Muskelerregbarkeit beobachtet, auch das Auftreten fibrillärer Zuckungen.

In einem gewissen Prozentsatz lassen sich Ohrenaffektionen verschiedener Genese nachweisen. Nur nebenbei sei endlich hier bemerkt, daß unter den Paranoikern entsprechend der Ätiologie (vide diese) recht viele Träger von körperlichen Degenerationszeichen sind (vide darüber speziell Kapitel XVI, A).

## B. Verlauf und Prognose.

Die Paranoia ist unheilbar. Bezüglich der Dauer, innerhalb derer die einzelnen Stadien verlaufen, herrschen von Fall zu Fall die größten Verschiedenheiten. Es wurde schon oben angedeutet, inwieweit hiebei die Individualität des Kranken und Sinnestäuschungen einen hemmenden oder fördernden Einfluß ausüben. Manche Patienten verharren jahrzehntelang nur im Stadium der Persekutionsideen; bei anderen kann wieder das eine oder das andere Stadium so kurz sein, daß es überhaupt der Beobachtung sich entzieht, anscheinend ganz übersprungen wurde. Diesbezüglich verdienen speziell in jugendlichem Alter einsetzende Fälle hervorgehoben zu werden. („Originäre Paranoia".) Bei diesen Kranken kommt es nämlich oft sehr rasch zur Entwicklung von Größenideen, denen auch verhältnismäßig bald schon das Terminalstadium folgt. Im Gegensatze zu diesen rasch verlaufenden, daher prognostisch ungünstig zu beurteilenden Formen gibt es solche, bei welchen nicht nur ein Weiterspinnen der Wahnideen ungemein langsam und allmählich erfolgt, sondern bei welchen es sogar zu gewissen Stillständen, Remissionen im Verlaufe der Erkrankung kommt, die Patienten jahrelang sozial möglich und beruflich tätig sein können. Die Möglichkeit einer erfolgreichen Dissimulation muß man sich übrigens dabei immer vor Augen halten. Wenn aber die Kranken überhaupt fähig sind, soweit lange Zeit zu dissimulieren, daß bei ihnen Krankhaftes mit Sicherheit nicht nachgewiesen werden kann, daß sie gesellschafts- und berufsfähig bleiben, ist ja vom praktischen Standpunkte die Sache irrelevant, ob nun wirklich Remission vorliegt oder nicht.

Erwähnenswert ist auch das Vorkommen akuter Verworrenheitszustände bei der Paranoia. Phasen, welche ganz das Zustandsbild der Amentia bieten, können sich einmal interkurrent im Verlaufe einer typischen Paranoia einschieben. Ferner kann statt des gewöhnlich langsamen, schleichenden Beginnes ein derartiger Zustand das ganze Krankheitsbild einleiten. Die Verworrenheit schwindet, die multiplen Sinnestäuschungen treten zurück und es entwickelt sich nun der klassische Symptomenkomplex der Paranoia. Gelegentlich beobachtet man auch, daß sich eine Paranoia an ein Alkoholdelirium anschließt.

Bezüglich Prognose vide auch die speziellen Abschnitte über Paranoia querulans und Alkoholwahnsinn.

## C. Ätiologie.

Von allgemein disponierenden Faktoren muß in erster Linie hier die Heredität, die erblich übertragbare Veranlagung, genannt werden. Die Paranoia gehört zu jenen Formen, bei welchen der erblichen

Belastung eine große Rolle zufällt. (Irresein, speziell wieder in der Form der Paranoia, oder Alkoholismus.)

Die beiden Geschlechter nehmen in beiläufig gleichem Prozentverhältnisse an der Paranoia teil. Die Paranoia gelangt vornehmlich im reiferen und höheren Lebensalter zur Entwicklung; bei weiblichen Individuen fällt der Beginn der Paranoia recht häufig mit der Menopause zusammen.

Über determinierende Ursachen ist uns recht wenig bekannt. Von akuten Infektionskrankheiten verdient höchstens der Typhus genannt zu werden, der noch relativ am häufigsten in der Vorgeschichte sich erheben läßt. Eine größere Rolle spielen gewisse Gifte, vor allem der Alkohol. Nicht bloß, daß im Anschluß an ein echtes Delirium tremens sich eine regelrechte Paranoia entwickeln kann, entstehen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus Geistesstörungen, welche durchaus dem Typus der Paranoia entsprechen, aber durch gewisse Besonderheiten von dem Gros der übrigen Fälle sich unterscheiden (vide sub Alkoholparanoia). Auch der chronische Kokainismus und die Schwefelkohlenstoffvergiftung erzeugen paranoiaähnliche Bilder. Häufig findet man in den Fällen, bei welchen Gehörshalluzinationen besonders hervortreten, Ohrenaffektionen. Nicht selten geben die Kranken direkt an, daß sie lange Zeit vorher schon allerlei subjektive Ohrengeräusche wahrnahmen, aus denen sie dann später Stimmen heraushörten; interessant sind namentlich jene Fälle mit einseitiger Ohrenaffektion, bei welchen die Patienten ihre Halluzinationen nur auf dem erkrankten, eventuell ganz tauben Ohre hören (unilaterale Halluzinationen).

## D. Differentialdiagnose.

Das Prodromalstadium kann einer „Neurasthenie" täuschend ähnlich sehen. Doch mangelt die entsprechende Ätiologie, die abendlichen Remissionen, die somatischen Symptome. Die Patienten sind eigentümlich scheu, mißtrauisch; früher oder später zeigt sich deutlich das Sekundäre der Verstimmung, die Kranken lassen Andeutungen fallen von „Aufsässigkeiten", „Tratschereien", „Anfeindungen" u. dgl., welche sie eben „nervös" machen, und die Beziehungssucht tritt endlich unverkennbar zu Tage.

Manche Fälle können in frühen Stadien zur Verwechslung mit Melancholie Anlaß geben. Die eigentümliche Ratlosigkeit, das Gefühl der Unsicherheit, die Wahrnehmung der Veränderung in der Stellung der Außenwelt gegenüber, die Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen erzeugen einen stärkeren traurig ängstlichen Affekt, dessen sekundäre Genese nicht immer gleich auf der Hand liegt. Dazu kommt das Gebaren der Kranken, ihr stetes sich entschuldigen, sich

verteidigen, was als Versündigungsideen, als Kleinheitswahn imponieren kann. Anderseits kommen ja auch bei der Melancholie, wenn auch selten, Gehörshalluzinationen vor, besonders illusionäre wahnhafte Umdeutung von Gesprächen und Geräuschen im Sinne drohender, beschimpfender Zurufe.

Der Paranoiker faßt aber die Anfeindungen usw. als etwas Unrechtes auf, setzt ihnen eine gewisse reizbare Verstimmung bei gehobenem Selbstbewußtsein entgegen, während der Melancholiker in allem eben eine gerechte Strafe erblickt. Ein Prädominieren unzweifelhafter Gehörstäuschungen, namentlich der Pseudohalluzinationen, spricht eo ipso für Paranoia, ebenso ein Systemisieren der Wahnideen, etwaige Wortneubildungen, während der Nachweis der assoziativen Störung, der Denkerschwerung, Denkhemmung wieder die Melancholie als solche erkennen läßt. Auch die Berücksichtigung der somatischen Symptome ist hier nicht wertlos, ein Fehlen einer schwereren Allgemeinstörung (Schlaf, Sinken des Ernährungszustandes usw.) wird gegen die Diagnose Melancholie in die Wagschale fallen. Gegenüber der akuten paranoiden Angstpsychose ist zu achten auf den akuten Beginn dieser letzteren Form, vor allem auf den schweren Angstaffekt, der in diesem Ausmaße bei der Paranoia kaum beobachtet wird, wieder auf die körperlichen Symptome der schweren, rapiden Ernährungsstörung, die gleichfalls der Paranoia fremd ist, und auf das Fehlen von systemisierten Wahnideen und von Pseudohalluzinationen. Es kann aber nicht verschwiegen werden, daß in einzelnen wenigen Fällen erst der weitere Verlauf die Stellung einer bestimmten Diagnose mit Sicherheit gestattet.

Es kommen differentialdiagnostisch in Betracht ferner gewisse „paranoide" Züge bei den jugendlichen Verblödungsprozessen (vide Kapitel XI, D), bei der Dementia paralytica (vide Kapitel VII, D), bei manchen luetischen Psychosen (Kapitel X) und die Alkoholhalluzinose (Kapitel VI, B, a und c).

## E. Therapie.

Daraus, daß die Paranoia, abgesehen von den leider ungemein seltenen Fällen weitgehender spontaner Remissionen und Stillständen, eine unheilbare Geisteskrankheit ist, ergibt sich schon, daß wir irgendeine Therapie gegen diese Erkrankung nicht besitzen. Wohl aber kann man die Kranken bei der durch längere Zeit „partiellen" Störung oft überraschend lange als noch mehr minder nützliche Mitglieder der Gesellschaft erhalten durch Fürsorge für ausgiebige Ablenkung durch Arbeit. Zu einer Anstaltsinternierung entschließe man sich nur bei evidenter Gemeingefährlichkeit, dehne die Dauer des Anstalts-

aufenthaltes auch nicht länger als unbedingt notwendig aus*). Die Kranken sind oft sehr lange gesellschaftsfähig, imstande, einen Beruf auszuüben. Die Bestrebungen der modernen Psychiatrie gehen ja auch dahin, Paranoiker, welche einmal anstaltsbedürftig geworden sind, nach Möglichkeit arbeitsfähig zu erhalten; diesen Bestrebungen verdanken wir die neueren Fortschritte des praktischen Irrenwesens, die Beschäftigung der chronischen Geisteskranken mit Agrikultur usw., die Kolonisierung der Geisteskranken; daß die vielen Unheilbaren ein halbwegs zufriedenes, sich und der Gesellschaft noch nützliches Dasein führen können, daß sie nicht mehr einfach eingesperrt herumlungern, sondern sich nützlich betätigen können, das ist — ganz abgesehen von der materiellen Seite der ganzen Frage — eine der schönsten Errungenschaften der von Pinel und Conolly angebahnten modernen Irrenpflege.

## Anhang zu Kapitel IV.

Eine gewisse Sonderstellung nimmt die sogenannte

### Paranoia querulans

ein. Hier knüpft die Wahnbildung an an eine vermeintliche (zuweilen sogar tatsächliche) rechtliche Benachteiligung. Eine kräftige Reaktion auf erlittenes Unrecht, das Bestreben, dasselbe nicht auf sich sitzen zu lassen, ist gewiß an sich nicht pathologisch, auch nicht, wenn dies gelegentlich Leute mit sehr ausgesprochenem Rechtsbewußtsein und besonderer Empfindlichkeit zu Anstrengungen und Opfern verleitet, welche in einem gewissen Mißverhältnisse zu der tatsächlich erreichbaren Sühne stehen. Charakteristisch, um die Diagnose Paranoia querulans zu rechtfertigen, ist aber wieder die Art und Weise, wie die Kranken zu ihrer Wahnbildung kommen, die absolute Einsichtslosigkeit und Unkorrigierbarkeit, das Ausdehnen des Wahnsystems von einer bestimmten einzelnen Person auf immer weitere Kreise.

Dem Kranken ist aus irgendeiner unbedeutenden zivil- oder strafrechtlichen Angelegenheit vermeintlich (oder wirklich) Unrecht widerfahren. Er kann sich darein absolut nicht fügen und appelliert an

*) In manchen Fällen wirkt übrigens der Anstaltsaufenthalt an sich sozusagen „pädagogisch", indem er die oben erwähnte Neigung zu möglichst energischer und vorsichtiger Dissimulation verstärkt; ja, ich stehe nicht an, gelegentlich — selbstverständlich unter strengstem Individualisieren der einzelnen Fälle, Beurteilung der Persönlichkeit, des Stadiums der Erkrankung, der Gemeingefährlichkeit usw. — Paranoikern das Dissimulieren geradezu zu empfehlen, und kenne bereits einige derartige Kranke, welche nach der ersten einmaligen Anstaltsinternierung seit Jahr und Tag anstandslos ihrem Berufe nachkommen, andere, die durch erfolgreiches Dissimulieren überhaupt nicht anstaltsbedürftig geworden sind.

die nächst höhere Instanz, weil die ersten Richter „voreingenommen“ waren oder gar „bestochen“. Nun läuft der Kranke von Advokat zu Advokat, macht den ganzen Instanzengang durch; keine Rechtsbelehrung nützt. Alle abschlägigen Bescheide, Rekurse, alle Ratschläge der Richter, Sachwalter usw., alle Überzeugungsversuche prallen wirkungslos ab an dem Kranken. Auch nur die Möglichkeit, daß der Prozeßgegner, beziehungsweise die betreffende Behörde für ihren Rechtsstandpunkt Gründe vorweisen könnte, läßt Patient nicht gelten; er, mit seinem krankhaft gesteigerten Rechtsempfinden, ist völlig unempfänglich für das Rechtsgefühl der auf der gegnerischen Seite Beteiligten. Von den richterlichen Behörden geht es weiter zu Statthalterei, Ministerium, Kabinettskanzlei. Aber „sie spielen alle unter einer Decke“; der Kranke meint, daß seine Zeugen gar nicht vorgenommen oder durch Kreuzfragen absichtlich verwirrt gemacht werden, während die gegnerischen Zeugen falsche Eide schwören; die Richter fälschen die Protokolle, legen die Gesetzesparagraphe falsch aus, unterschlagen die Angaben der von den Patienten bestellten Zeugen. Natürlich, nachdem einmal ein Richter schreiendes Unrecht verübt, verfolgen alle nachfolgenden Instanzen nur den Zweck, diese „unerhörte Blamage“ oder „gemeine Schweinerei“ zu vertuschen, sind schon darum dem Kranken aufsässig, der eine Revision verlangt, „denn eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“.

Im merkwürdigen Kontrast zu der starren Unbelehrsamkeit des Patienten und seiner absoluten Einsichtslosigkeit steht eine ganz auffallende Leichtgläubigkeit, sobald ihm Dinge zu Ohren kommen, welche irgendwie ihm in den Kram passen. Die abgeschmacktesten Klatschgeschichten über die richterlichen Funktionäre oder Prozeßgegner werden ohneweiters für bare Münze hingenommen und womöglich noch übertrieben weitererzählt. Ein Kranker, der ein ganzes Dezennium hindurch um 600 fl. prozessiert hatte, erzählte u. a., daß der Bezirksrichter, die beiden beeideten Sachverständigen und der Bürgermeister von seinem Gegner, jeder einzelne, mit je 1000 fl. bestochen worden seien.

Nachdem die Patienten nirgends Recht finden können bei den staatlichen Behörden, suchen sie sich dasselbe selbst zu verschaffen, vor allem, indem sie sich eine tüchtige „Gesetzeskunde“ anzueignen trachten; sie pauken nun Paragraphen ein, studieren alle Gesetzbücher. Sehr häufig geben sie sich bald mit Winkelschreibereien ab. Gerade so, wie sie von den zunftmäßigen Hütern des Gesetzes nur Unrecht erfahren haben, muß es ja vielen anderen Armen auch gehen, zu deren Vertretern sich nunmehr die Kranken berufen fühlen; sie verfassen Eingaben über Eingaben nicht nur in ihrer eigenen Sache, sondern übernehmen auch strittige Fälle ganz Fremder. Die Eingaben sind oft schon durch ihre äußere Form recht charakteristisch, strotzen

von mit dem Rot- und Blaustift unterstrichenen Stellen, Zitaten, Paragraphen usw. Dem Kranken ist jedes Mittel recht, um nur wieder seinen Prozeß aufrollen zu können; sie verwenden Unsummen auf die Druckerei und die Verbreitung von Pamphleten, Flugschriften und Broschüren, in denen sie sich als „unerhörtes Opfer der Justizwillkür", „ein neuer Dreyfuß" usw. unterschreiben, und die sie bei Volksversammlungen, im Parlament usw. verteilen. Ich kenne mehrere Kranke, die bloß aus dem Grund irgendein Verbrechen begingen, um vor die Geschworenen zu gelangen und bei der Gelegenheit wieder ihre ganze Angelegenheit vor die Öffentlichkeit bringen zu können. Die Kranken geraten aber auch auf andere Weise leicht mit dem Gesetze in Konflikt. Dem Staate gegenüber, der ihnen keinen genügenden Rechtsschutz verleiht, glauben sie sich auch zu keinerlei Leistungen verpflichtet. Sie verweigern z. B. die Steuerzahlung, lassen sich wegen einer oft lächerlich geringen Summe lieber vielmals pfänden als die Steuerquote zu erlegen, in welcher Handlung sie gewissermaßen eine stillschweigende Anerkennung der Staatsgewalt erblicken, kommen der Stellungspflicht nicht nach oder versuchen, Assentpflichtige abzureden usw. „Lieber soll alles zugrunde gehen, so lange ich nicht mein Recht erhalte," ist eine ganz stereotype Äußerung*).

Das Selbstbewußtsein der Patienten ist meist bedeutend gesteigert, die Stimmung vorwiegend reizbar, aber nur soweit der wahnhafte Kern in Betracht kommt. Das Sensorium ist dauernd ungetrübt. Halluzinationen fehlen in der Regel vollkommen, doch gibt es Fälle, welche schließlich ihren Endausgang in eine gewöhnliche Paranoia nehmen, wobei Gehörshalluzinationen, Vergiftungsideen auftreten, endlich ein allgemeiner Verfolgungswahn.

Die Prognose ist immer sehr ernst. Zuweilen, wie soeben erwähnt, wandelt sich der Querulantenwahnsinn um in eine typische Paranoia, meistens bleibt aber das Krankheitsbild in seiner klinischen Eigentümlichkeit lebenslänglich bestehen. Der Affekt verblaßt allmählich und damit läßt auch das rast- und ruhelose Treiben der Kranken immer mehr und mehr nach. In seltenen Fällen aber erlangen die Kranken schließlich eine gewisse Krankheitseinsicht, wenn schon nicht im eigentlichen Sinne, so doch wenigstens insofern, als sie die Nutzlosigkeit all ihrer Bemühungen und die schwerwiegenden Folgen derselben einsehen (vor allem Internierung in einer Irrenanstalt) und endlich, ohne weiter die Behörden zu behelligen, ihrem früheren, jahrzehntelang vernachlässigten Berufe wieder stillschweigend nachgehen. Hie und da entwickelt sich bei Strafgefangenen in ziemlich

*) Eine klassische „Krankheitsgeschichte" eines Querulanten bietet bekanntlich der Kleistsche Roman „Michael Kohlhaas".

akuter Weise ein paranoid-querulatorisches Zustandsbild, das nach mehrmonatiger Dauer wieder restlos schwinden kann.

Die Erkennung der Paranoia querulans bietet manchmal, namentlich in den Anfangsstadien, große Schwierigkeiten*), noch mehr der Nachweis des Krankhaften dem Laienurteile gegenüber (also z. B. in foro criminali). Das Wichtigste ist die absolute Einsichtslosigkeit allen Abweisungen und Rechtsbelehrungen zu Trotz, das aprioristische Mißtrauen, das alles nur im dolosen Sinne deutet, die Ausdehnung auf immer weitere Personen (alle Richter, alle Advokaten usw. seien verschworen, bestochen usw.). Bei der großen Zungenfertigkeit und den anscheinend gediegenen juridischen Kenntnissen dieser Kranken ist es ohneweiters verständlich, daß sie oft Leute mit von Haus aus schwacher Kritik vollständig beeinflussen und überzeugen können. In der Kasuistik des sogenannten **„induzierten Irreseins“,** wobei also eine geisteskranke, aber intellektuell höherstehende Persönlichkeit einem geistig gesunden, dabei jedoch intellektuell weniger begabten Individuum ihre eigenen Wahnideen einredet, dasselbe gewissermaßen mit ihren Wahnideen infiziert, kommen gerade Fälle von Querulanten recht häufig vor. Einer unserer Kranken wußte seinem gerichtlich bestellten Kurator seinen Rechtsstreit so plausibel zu machen, daß derselbe bald seinerseits Himmel und Erde in Bewegung setzte, um dem unschuldig Eingesperrten zu seinem Rechte zu verhelfen, und schließlich selbst als Querulant sich darstellte. Das induzierte Irresein tritt öfters bei mehreren Familienmitgliedern auf.

Die Prognose des induzierten Irreseins ist wesentlich günstiger. Sobald die Quelle der psychischen Infektion entfernt ist, sobald der Kranke nicht mehr dem Einflusse der induzierenden Persönlichkeit unterliegt, stellt sich meistens allmählich eine Korrektur der Wahnideen und endlich mit Krankheitseinsicht auch völlige Heilung ein.

* * *

Bei dieser Gelegenheit sei auch der Begriff der sogenannten „überwertigen Idee“ erörtert. Es handelt sich um bestimmte, isolierte, durch Erziehung, Gewohnheit usw. besonders stark affekt betonte Vorstellungen, welche, völlig unbeeinflußbar durch logische oder reale Hindernisse, das Handeln der Betreffenden entscheidend beeinflussen. Man beobachtet dergleichen z. B. bei den verschiedenen „Fanatikern“ und „Opfern ihrer Überzeugung“, namentlich also bei bestimmten, von der Staatsgewalt nicht anerkannten religiösen Sekten o. dgl.

Zu überwertigen Ideen kommt es meist auf dem Boden einer gewissen psychopathischen Veranlagung.

---

*) Vor einer Verwechselung mit den querulatorischen Zügen bei manchen Hypomanieen schützt vor allem u. a. schon der Nachweis der assoziativen Störung bei den letzteren.

V. KAPITEL.

# DIE PERIODISCHEN PSYCHOSEN.

Die periodischen Geistesstörungen verlaufen in einzelnen Anfällen, welche ohne bekannte äußere Veranlassungsursache in ihrer eigentümlichen Erscheinungsweise regelmäßig wiederkehren (d. h. die Wiederholung der einzelnen Anfälle erfolgt in mehr minder regelmäßigen Intervallen und die einzelnen Phasen weisen untereinander eine gewisse Gleichheit auf.)

Die spezielle Symptomatologie der periodischen Psychosen soll später im einzelnen erörtert werden. Hier seien zunächst Punkte erwähnt, welche mehr minder allen periodischen Geistesstörungen gemein sind.

## A. Allgemeines.

### a) Verlauf.

Beginn und Lösung der einzelnen Phasen erfolgt in der Regel perakut. Das Prodromalstadium ist meist ganz kurz, erstreckt sich auf wenige Tage; meist bestehen Schlaflosigkeit, unbestimmte Angstgefühle, gewisse körperliche, „aura"-ähnliche Symptome (vide später), welche so prägnant sind, daß gar nicht so selten die Patienten selbst das Wiederkehren der psychotischen Phase schon einige Tage vorausfühlen; häufig setzt plötzlich, anscheinend aus voller geistiger Gesundheit heraus, die Psychose ein und ebenso fehlt gewöhnlich ein länger protrahiertes Rekonvaleszenzstadium.

Da es sich um eine unheilbare, chronische, wenn auch remittierende Krankheit handelt, darf sich das Studium des periodischen Irreseins nicht auf eine Psychose allein erstrecken, sondern auf mehrere bei demselben Individuum. Da zeigt sich nun eine Eigentümlichkeit, für welche der Name der „photographischen Treue" sich eingebürgert hat. Die einzelnen Anfälle bei einem und demselben Individuum gleichen einander, wenigstens durch viele Jahre hindurch, nicht nur quoad durationem, sondern auch in symptomatologischer Hinsicht auffallend (ein Punkt, der gerade bei der Frage,

ob Periodizität oder einfache Rezidive, wohl für erstere entscheidend genannt werden darf). Es sind dieselben Redensarten, dieselben Handlungen usw., welche stets wiederkehren. Diese photographische Treue kann im großen und ganzen bei den meisten Fällen periodischen Irreseins konstatiert werden. Ausnahmen davon gibt es aber insofern, als erstens bei einem und demselben Patienten, dessen einzelne Erkrankungen lange Jahre hindurch eine vollständige Übereinstimmung aufwiesen, sich allmählich der Typus der Anfälle verwischt, z. B. die Dauer oder die Intensität der Erscheinungen eine Änderung erfährt.

Ferner führen von Fällen mit auffallender Gleichartigkeit der Anfälle fließende Übergänge hinüber zu solchen, bei welchen z. B. die strenge Periodizität von vornherein durchbrochen ist, die Intervalle zwischen den einzelnen Erkrankungen unregelmäßig werden, letztere selbst voneinander recht sehr differieren. (So kommt man schließlich zu Fällen, bei denen es einfach Geschmackssache sein muß, ob man von periodischem Irresein oder einer Rezidive akuter Psychosen sprechen will. Diese Übergangsfälle sind es ja auch, welche manche Autoren bestimmen, der Periodizität an sich überhaupt keine klinische Bedeutung beizumessen, beziehungsweise periodische Geistesstörung als entité morbide nicht anzuerkennen.)

**b) Prognose.**

Die Prognose quoad sanationem ist im allgemeinen eine infauste. Die einzelnen Anfälle wiederholen sich eben gewöhnlich bis zum Lebensende der Kranken. Immerhin gibt es einige wenige, aber sichergestellte Fälle, bei welchen nach mehreren Attacken auf einmal ein Intervall ungewöhnlich lange sich ausdehnte, ja bei welchen, soweit die Beobachtungsdauer reichte, Heilung eintrat. Es scheint dies am ehesten noch bei den „serienweise" auftretenden Psychosen möglich (vide später). In manchen Fällen gestaltet sich der Endverlauf so, daß die Intervalle immer kürzer werden, während zugleich die Intensität der Symptome abblaßt, bis sich ein chronischer Zustand (Manie usw.) herstellt. Eine Ausnahme bezüglich der ungünstigen Prognose bilden auch manche Fälle des sogenannten reflektorisch-periodischen Irreseins (vide Ätiologie und speziellen Teil).

Ist so die Aussicht bezüglich Dauerheilung im allgemeinen eine minimale, so ist die jedes einzelnen Anfalles durchaus günstig. Sehr bemerkenswert ist, daß trotz zahlloser Erkrankungen der Intellekt auffallend wenig Einbuße erfährt, der Ausgang in Demenz beim periodischen Irresein selten ist. Zu verblöden sind erstens gewisse Fälle gefährdet, die sich auch durch ätiologische Besonderheiten von dem Gros der periodischen Geistesstörungen unterscheiden (vide später),

ferner gewisse Fälle jugendlicher Manien mit schnell aufeinanderfolgenden Erkrankungen und sehr kurzen Intervallen.

Die Prognose quoad vitam darf zwar im allgemeinen eine gute genannt werden, doch kommen diesbezüglich natürlich alle die Punkte in Betracht, welche schon bei den einzelnen Zustandsbildern beachtet werden müssen, z. B. Selbstmordgefahr bei den Melancholien, Tod durch Komplikationen wie Sepsis usw., bei schwer Tobenden usw.

#### c) Ätiologie.

Von allgemein disponierenden Faktoren muß in erster Linie die Heredität genannt werden. Das periodische Irresein gehört zu den exquisit hereditär-degenerativen Psychosen. Man findet bei 80% erblich Belastete, und zwar meistens in der Art der „Hérédité similaire", d. h., daß in einer Familie mehrere Mitglieder an periodischem Irresein leiden.

Neben der angeborenen, erblich übertragbaren, spielt auch eine erworbene Veranlagung eine gewisse Rolle, und zwar kann diese Disposition hervorgerufen werden durch Schädeltraumen und durch herdförmige Läsionen im Gehirn, wie Apoplexien usw., welche zu Narben führen (Fälle letzterer Art zeigen Tendenz zur Verblödung).

Was das Alter anbelangt, so sind die Jahre um und nach der Pubertät, ferner das Zeitalter der geschlechtlichen Involution (Klimakterium) am meisten prädisponierend für den Ausbruch des periodischen Irreseins. (Es gilt das eben Gesagte nur für die große Mehrheit der Fälle, welche auf hereditärer Basis wurzeln. Dort, wo erworbene Schädlichkeiten ätiologisch wirksam sind, wie Schädeltraumen und Gehirnnarben, kommt selbstverständlich das Alter überhaupt nicht in Betracht.)

Das weibliche Geschlecht ist in höherem Maße disponiert, speziell bei der häufigsten Form des periodischen Irreseins, bei der Folie circulaire, prävaliert dasselbe recht bedeutend.

Über im eigentlichen Sinne determinierende, d. h. den Anfall unmittelbar auslösende ätiologische Faktoren ist recht wenig bekannt; charakteristisch ist ja gerade für die überwiegende Mehrheit der Fälle der Umstand, daß die einzelnen Anfälle anscheinend ganz spontan auftreten.

Bei einer kleinen Gruppe von Fällen aber läßt sich ein peripherer, reizabgebender Faktor nachweisen, der (in Verbindung mit der eigenartigen angeborenen oder erworbenen psychopathischen Disposition) die einzelnen Anfälle auslöst (reflektorisch bedingte oder sekundär ausgelöste periodische Psychosen). Hieher gehört z. B. das menstruelle Irresein, Geistesstörung bei schmerzhaften Affektionen der

verschiedensten Genese und Lokalisation („Dysphrenia neuralgica“, Migräne, Erkrankungen der Genitalorgane, Neuralgien, Einheilung von Fremdkörpern im Verlaufe eines Nervenstammes, Narbenneuromen usw.). Fälle der letzteren Art geben eine wesentlich bessere Prognose als alle übrigen periodischen Geistesstörungen; sie zeigen anderseits engere Beziehungen zu der psychischen Epilepsie, welche bei Betrachtung des periodischen Irreseins überhaupt wiederholt dem Beobachter sich aufdrängen müssen. (Ätiologie, Periodizität, Gleichartigkeit der Anfälle, auraähnliche, stereotype Prodromalerscheinungen.)

### d) Therapie.

Nur die reflektorisch ausgelösten Psychosen, und auch davon ein nur sehr geringer Teil, sind einer kausalen, eventuell operativen Therapie zugänglich. Beim menstruellen Irresein bewährten sich sehr präventiv, d. h. vor dem zu erwartenden Anfall zu verabfolgende hohe Bromdosen unter gleichzeitiger Bettbehandlung während der Menstruation. Von einer präventiven Brombehandlung konnten aber auch in Fällen gewöhnlichen periodischen Irreseins gelegentlich befriedigende Erfolge gesehen werden, wenn nur die Medikation rechtzeitig, d. h. während der charakteristischen Prodromi eingeleitet wird; es gelingt so manchmal, den bevorstehenden Anfall zu kupieren; sobald einmal dieser selbst eingetreten ist, erweist sich die Bromtherapie nutzlos. Im übrigen kann die Behandlung nur symptomatologisch sein. Diesbezüglich verweise ich auf die speziellen Kapitel bei der Melancholie usw. Besonders sei nochmals die Notwendigkeit einer Anstaltsinternierung in den leichten Fällen von Hypomanie betont, um die Kranken vor den schwerwiegenden Folgen in materieller und sozialer Hinsicht zu schützen.

### e) Pathologische Anatomie.

**Nur in einer kleinen Anzahl von Fällen wurden bis jetzt herdförmige Läsionen verschiedenartiger Genese gefunden, während bei vielen (gerade bei den hereditär-degenerativen mit frühzeitigem Beginne) irgend ein anatomisches Substrat nicht nachgewiesen wurde, grobe Läsionen auch a priori (Intaktbleiben der Intelligenz!) nicht zu erwarten sind.**

### f) Somatische Befunde.

Schon bei der Besprechung der akuten funktionellen Psychosen wurde als sogar bis zu einem gewissen Grade differentialdiagnostisch hervorgehoben, daß die Zeichen einer schweren Allgemeinerkrankung beim periodischen Irresein insoweit fehlen, als z. B. der Menstruationsprozeß gewöhnlich keine Störungen erleidet; namentlich gilt dies für die späteren Anfälle, während bei der ersten Attacke auch Menstruationsstörungen nicht selten sind. Interessant ist das Verhalten des

Körpergewichtes. Dasselbe sinkt auch während jedes einzelnen Anfalles, oft schon vorher, und geht mit Abklingen desselben wieder in die Höhe. Beim zirkulären Irresein nun, speziell bei den Fällen ohne eigentliches Intervall, erleidet das Körpergewicht häufig insofern regelmäßige Schwankungen, als es bei der Manie regelmäßig bedeutend ansteigt (!), während der Melancholie absinkt.

Mit der Manie geht aber nicht nur eine Zunahme des Körpergewichtes einher, sondern eine Steigerung der vegetativen Funktionen überhaupt, zuweilen eine ganz auffallende körperliche Gesundheit, ein „Turgor vitalis", die Kranken sehen manchmal während der Manie tatsächlich verjüngt aus.

Puls, Blutdruck und Respiration verhalten sich für die einzelnen Zustandsbilder so wie bei den entsprechenden akuten funktionellen Psychosen. Recht häufig finden sich abnorme Harnbestandteile, welche an sich nichts Charakteristisches haben, aber bei einem und demselben Kranken immer wieder bei den einzelnen Anfällen beobachtet werden können und die mit dem Aufhören des Anfalles wieder schwinden.

Sehr bemerkenswert, weil in gewissen seltenen Fällen geeignet, differentialdiagnostische Schwierigkeiten zu bereiten, sind gewisse Störungen der Motilität, die nur während der psychotischen Phase auftreten, nicht im Intervall. Hiezu gehören vor allem verschiedene Störungen seitens der Pupillen (Anisokorie, träge Reaktion, ja auch echter Argyll-Robertson). — Diese Erscheinungen gehen wieder spurlos zurück, sobald der Anfall abklingt. — Ferner wurden allerlei hirnkongestive Zustände beobachtet, vorübergehende Sprachstörungen, apoplekti- und epileptiforme Anfälle.

Beachtenswert, wenn auch ohne sonderliche klinische Bedeutung, sind allerlei Erscheinungen im Bereich der Vasomotoren; mit den Anfällen gleichzeitig auftretende oder mit denselben vikariierende Exantheme (Herpes, Urtikaria usw.), quälende, jedoch nur während des Bestehens der psychotischen Phase auftretende Kopfschmerzen, gastrointestinale funktionelle Beschwerden, Erbrechen usf. Dergleichen körperliche Erscheinungen leiten auch nicht selten in einer für den Einzelfall jeweils ganz gleichen Weise den psychotischen Anfall ein.

## B. Spezielle Symptomatologie.

Von den verschiedenen Erscheinungsformen, in denen die periodischen Geistesstörungen auftreten, seien als die häufigsten aufgezählt: das zirkuläre (zyklische) Irresein, die periodische Manie, die periodisch-deliranten Verworrenheitszustände, das periodische Irresein in Form impulsiver Triebe, die periodische Melancholie, endlich (als am seltensten) die sogenannte „periodische Amentia" und „Paranoia".

**a) Das zyklische (zirkuläre) Irresein*).**

Hiebei alternieren in regelmäßigem Wechsel die entgegengesetzten Zustandsbilder der Manie und Melancholie.

α) Symptomatologie.

Nachdem die Zustandsbilder an sich eben einer Manie oder Melancholie entsprechen, sei bezüglich der Symptomatologie auf die betreffenden Kapitel verwiesen. Doch kann so viel gesagt werden, daß es sich beim zirkulären Irresein vorzugsweise um rein formale Störungen handelt. Die Manie tritt in der überwiegenden Mehrheit der Fälle unter dem Bilde der Hypomanie auf, wobei recht oft die eigenartigen degenerativen Züge der „Folie morale“ besonders markant sind (Reizbarkeit, Schadenstiftung, nörgelndes, querulierendes Wesen, gesteigerte Genußsucht usw.). Eigentümlich sind gewisse, maßlos verbitterte Antipathien Personen gegenüber, denen die Patienten in gesunden Tagen herzlich zugeneigt sind. Die Melancholie kann auch schwerere Intensitätsgrade aufweisen bis zum Stupor, doch besteht fast ausnahmslos das Bild der Melancholia sine delirio; eigentliche Wahnideen kommen fast nie vor.

Bemerkenswert sind manche ganz gelinde verlaufende Fälle, welche ohne scharfe Grenze hinüberleiten zu den regelmäßigen Schwankungen der Stimmung, geistigen Spannkraft und Leistungsfähigkeit vieler „nervöser“ Menschen. (Zyklothymien; wohl mit Unrecht auch unter dem Namen „zirkuläre Neurasthenie“ beschrieben.) In der manischen Phase machen diese Patienten tatsächlich den Eindruck „erhöhter geistiger Gesundheit“; sie sind die angenehmsten Gesellschafter, übersprudeln von Geist und Witz, zeigen ein vielseitiges Interesse, betreiben neben ihren Berufsagenden eine Unzahl anderer Beschäftigungen, sind von unglaublicher Leistungsfähigkeit. In der Melancholie sind die Kranken niedergeschlagen, ergehen sich in pessimistischen Grübeleien, nichts bereitet ihnen Freude, alle ihre früheren Liebhabereien erscheinen ihnen schaal, wertlos; die unbedeutendsten Mißhelligkeiten des täglichen Lebens hinterlassen einen unverhältnismäßig schweren Eindruck. Dabei sind die Patienten eigentümlich reizbar, mürrisch, man hat sie nie verstanden, das Schicksal verfolgt gerade sie besonders usw. Stets herrscht lebhafter Lebensüberdruß, der nur in der Hemmung, der Aboulie der Kranken ein gewisses Gegengewicht findet. Zuweilen beobachtet man einen peinlichen Grübelzwang oder andere echte Zwangsvorstellungen.

*) Alle Fälle des zirkulären Irreseins, von periodischer, aber auch einfacher Manie und Melancholie werden von vielen Autoren unter dem Namen „manisch-depressives Irresein“ zusammengefaßt.

Im Gegensatze zu diesen allerleichtesten Fällen gibt es atypisch schwere, bei welchen die Manie den Charakter der gravis annimmt (Tobsucht, ideenflüchtige Verworrenheit) oder reichlichere Sinnestäuschungen und Wahnideen vorherrschen.

### β) Verlauf.

Es herrschen hier die größten Verschiedenheiten. Einmal können Manie und Melancholie einander kontinuierlich ablösen, so daß die Patienten, sobald sich einmal die Geistesstörung eingestellt hat, überhaupt niemals gesund sind. In den meisten Fällen aber gelangen die einzelnen Phasen an sich zur Heilung, das betreffende Individuum bietet nunmehr solange keine krankhaften Züge (vide übrigens darüber Fußnote), bis sich mit unerbittlicher Periodizität die Psychose wiederholt, die ihrerseits wieder zur Heilung gelangt. In der Regel tritt diese Zeit geistiger Gesundheit (luzides Intervall*), das verschieden lang dauern kann, nach je zwei entgegengesetzten Phasen ein, welche zusammen einen Zyklus darstellen, also z. B. Manie—Melancholie—Intervall oder Melancholie—Manie—Intervall. In manchen Fällen schiebt sich aber ein freies Intervall zwischen jede einzelne Phase ein, also Manie—Intervall, Melancholie—Intervall. Ferner kommt es in einzelnen Fällen zu mehreren Zyklen, deren einzelne Phasen sehr kurz dauern, aber durch kein freies Intervall getrennt sind, worauf erst eine auffallend lange, oft mehrjährige Pause sich einstellt, nach der wieder mehrere Zyklen rasch aufeinander folgen („serienweises" Auftreten).

Auch bezüglich der Art des Übergehens der einzelnen Phasen kann man alle möglichen Verschiedenheiten beobachten. Besonders auffallend sind die brüsken Übergänge, derart, daß nach Wochen andauernder Depression über Nacht der Umschlag in ausgelassene Manie erfolgt, oder umgekehrt. In anderen Fällen vollzieht sich der Übergang in eigentümlich oszillierender Art. Eine manische Kranke zeigt sich plötzlich eines Tages tief deprimiert, bietet aber schon am nächsten Tage wieder ihr früheres manisches Gebaren. Nach einigen Tagen tritt neuerdings eine Depression in Erscheinung, die jetzt vielleicht

---

*) Der Ausdruck freies Intervall bedarf insofern einer Erklärung, als die Kranken während desselben frei sind von den jeweiligen psychotischen Zustandsbildern (Manie usw.). Damit ist noch nicht gesagt, daß diese Individuen während dieser Zeit auch immer vollständig gesund, d. h. psychisch als vollwertig zu erachten sein müssen. Entsprechend der zumeist hereditär-degenerativen Veranlagung kann man nämlich recht häufig all die verschiedenen Züge einer dauernden psychopathischen Minderwertigkeit nachweisen, Reizbarkeit, labile Stimmung, moralische Defektuosität usw., anderseits zeigt sich bei manchen Kranken intervallär beginnende geistige Abschwächung. In einer gewissen Zahl von Fällen aber unterscheiden sich die Kranken im Intervall in nichts von normalen Menschen.

schon mehrere Tage anhält, aber wieder von einem Aufflackern der Manie gefolgt ist, bis sich endlich die dauernde melancholische Phase etabliert. Oder der Übergang geschieht ganz allmählich, derart, daß in dem Maße, als die Erscheinungen des einen der beiden entgegengesetzten Zustandsbilder mehr und mehr an In- und Extensität abblassen, die Symptome des anderen allmählich immer deutlicher werden. Ist nun das eine Zustandsbild anscheinend schon abgeklungen, während das andere noch sehr wenig ausgesprochen ist, so kann ein kurzes freies Intervall vorgetäuscht werden. Zuweilen vermengen sich bei dieser allmählichen Art des Überganges die Symptome von Manie und Melancholie so innig, daß es zu eigentümlichen Mischzuständen kommt. In selteneren Fällen (zumeist nur bei längerem Bestehen der Psychose, also nach mehreren Anfällen) können diese Mischzustände auch eine größere Selbständigkeit erhalten, d. h. nicht nur als Übergangsform auftreten, es kommen da Zustandsbilder vor, welche sowohl manische wie depressive Elemente gleichzeitig deutlich erkennen lassen, z. B. der manische Stupor (manische Stimmung, aber Hemmung auf dem Gebiete der Psychomotilität und des Assoziationsprozesses) oder die sogenannte „unproduktive Manie“ (manische Verstimmung, Bewegungs- und Rededrang, aber Denkhemmung) usw. Die Kranken bieten z. B. dauernd das Bild der Depression mit Pessimismus und Hemmung auf psychomotorischem Gebiete und beschimpfen gleichzeitig in einer der Melancholie sonst fremden, zornig reizbaren Verstimmung aufs unflätigste die Personen ihrer Umgebung, werden sogar gelegentlich aggressiv, ohne daß vielleicht ein Raptus einer Angstmelancholie vorläge.

Der Beginn der einzelnen Zyklen ist gewöhnlich ein perakuter; nach einem ganz kurzen Prodromalstadium setzt das Krankheitsbild ein, und zwar erreicht es meist sofort seine volle Höhe. Auch die Lösung der einzelnen Anfälle vollzieht sich in der Regel kritisch. Ein längeres Rekonvaleszenzstadium wird gewöhnlich vermißt, die Beruhigung nach Manie oder das Erwachen der Lebensfreudigkeit und Arbeitslust stellt sich überraschend schnell her, meist innerhalb weniger Tage.

Was die Dauer anbelangt, so spielt sich der ganze Zyklus gewöhnlich innerhalb eines Jahres ab; dabei entspricht die Dauer des Intervalles beiläufig der der Psychose (also $^1/_2$ Jahr). Auch die Fälle ohne Intervall verlaufen gewöhnlich so, daß die Kranken alljährlich eine Manie und eine Melancholie durchmachen. Daneben gibt es Ausnahmen mit vieljährigem Bestehen der einzelnen Phasen und umgekehrt Fälle von extrem kurzer Dauer, sogar tägliches Alternieren der Exaltation und Depression wurde beobachtet; rascher Wechsel der einzelnen Phasen ist, wie schon oben erwähnt, z. B. beim „serienweisen Auftreten“ die Regel.

Interessant sind gewisse, bei jedem einzelnen Kranken stereotype, auraähnliche Prodromalerscheinungen, die in einer großen Zahl von Fällen bei Beginn eines ganzen Zyklus sowohl wie beim Übergang der einzelnen Phasen beobachtet werden können. Es handelt sich um allerlei Neuralgien, Parästhesien, verschiedene hypochondrische Beschwerden, Erbrechen, Auftreten eines Herpes usw. Auch in dem Gebaren der Kranken treten allerlei Züge auf, welche sich oft bis in die minutiösesten Einzelheiten bei allen neuerlichen Anfällen wiederholen; es ist z. B. ein und dasselbe bestimmte Liedchen, welches das Herannahen der Manie verkündet, irgendein Aufputz in der Kleidung, der immer in derselben Weise wiederkehrt, wenn sich die Manie einstellt usw.

#### γ) Ätiologie.

Gerade beim zyklischen Irresein ist von allen sonst für das periodische Irresein wichtigen Faktoren fast nur die hereditäre, meist gleichartige Veranlagung zu nennen.

#### δ) Differentialdiagnose.

Inwieweit eine Abgrenzung der einzelnen Zustandsbilder gegenüber den entsprechenden akuten einfachen Psychosen möglich ist, wurde schon seinerzeit erörtert. Schwierigkeiten gar nicht zu unterschätzender Art können sich in manchen seltenen Fällen gegenüber der Paralysis progressiva ergeben, wenn die erste Manie erst im reiferen Alter auftritt, Lues anamnestisch sicher ist und vor allem die Kap. V, A. f. erwähnten auffallenden nervösen Störungen seitens der Pupillen oder in der Motilität bestehen. (Vergleiche diesbezüglich das sub Kap. VII, d. Gesagte; entscheidend vor allem ist der Nachweis der paralytischen Demenz.)

Manche Fälle können, solange nur die manische Phase vorliegt, zur Verwechslung mit Moral insanity Anlaß geben. Es stehen ja die eigenartigen degenerativen Züge, das Nörgeln, die Freude am Schadenstiften, die Reizbarkeit, maßlose Genußsucht usw. manchmal in dem Vordergrunde des Krankheitsbildes. Abgesehen selbstverständlich von der Anamnese muß hier eben der Nachweis unzweifelhafter manischer Züge auf assoziativem Gebiete gelingen, der Ablenkbarkeit, des abspringenden Gedankenganges. Ganz dasselbe gilt auch bezüglich der Abgrenzung gegenüber Querulanten, mit welchen zuweilen leicht Manische verwechselt werden können.

### b) Die periodische Manie.

Die einzelnen Anfälle verlaufen unter dem Bilde der Hypomanie oder Mania gravis.

### α) Symptomatologie.

Indem bezüglich der Symptome ganz auf das Kapitel „Manie“ verwiesen werden kann, sei nur folgendes hervorgehoben.

Neben der angeborenen hereditär-degenerativen Veranlagung spielt gerade bei der periodischen Manie eine erworbene Disposition (durch Schädeltraumen oder Hirnnarben) eine größere Rolle. Fälle letzterer Art nun scheinen sich insofern von ersteren zu unterscheiden, als sie erstens, wie schon früher erwähnt, mehr die Tendenz zu einer mehr minder hochgradigen Verblödung zeigen und zweitens dadurch, daß die eigenartigen Züge der „Folie morale“ bei ihnen auffallend in den Hintergrund treten.

Die Kranken ähneln bei oberflächlicher Betrachtung manchmal geradezu manischen Paralytikern; sie zeigen eine mehr harmlose Heiterkeit, sind fügsam, leicht zu behandeln, nicht sonderlich reizbar oder anmaßend und querulierend.

Die Manien jugendlicher Individuen zeigen zuweilen eigentümlich läppische Züge, eine gewisse clownartige, bummelwitzige Färbung, was gelegentlich den Gedanken an Erregungszustände bei Dementia praecox aufkommen lassen kann.

Manche Fälle (gerade hier läßt sich meist ein schweres Schädeltrauma nachweisen) bieten vorübergehend auf der Höhe der manischen Erregung oder während der ganzen Dauer eines Anfalles schwere Bewußtseinstrübung dar mit folgender lückenhafter Erinnerung, ja völliger Amnesie; diese Fälle vermitteln den Übergang zu den sogenannten periodisch deliranten Verworrenheitszuständen und damit zur psychischen Epilepsie.

### β) Decursus morbi.

Ein melancholisches Vor- und Nachstadium ist zuweilen recht deutlich, läßt sich aber ebenso oft auch bei genauer fortgesetzter Beobachtung nicht feststellen. Fälle ersterer Art leiten selbstverständlich fließend hinüber zum zirkulären Irresein.

Der Beginn ist, wie beim periodischen Irresein überhaupt, ein perakuter, die Lösung vollzieht sich entweder auch ziemlich plötzlich (was eo ipso für periodische Manie spricht) oder, namentlich in Fällen mit vielmonatiger Dauer, allmählich. Zuweilen dauert das Zustandsbild nur einige Wochen, ja noch kürzer.

### γ) Prognose.

Nur sehr seltene Fälle endigen während der Psychose selbst letal (durch irgendeine Komplikation infolge des rücksichtslosen Tobens oder durch Apoplexie usw.).

Die Prognose quoad sanationem ist jedenfalls ernst, aber doch nicht so ungünstig wie z. B. beim zirkulären Irresein; es existieren eine Reihe genügend lang beobachteter Fälle, bei welchen endlich Heilung eintrat, d. h. die einzelnen, an sich eo ipso heilbaren Anfälle sich nicht wiederholten; speziell periodisch manische Zustandsbilder des menstruellen Irreseins sind nicht nur einer wirksamen Therapie, sondern auch spontaner Heilung zugänglich.

Ausgang in einen mehr minder ausgeprägten geistigen Schwächezustand kommt bei der periodischen Manie häufiger vor als beim zirkulären Irresein, und zwar, wie schon erwähnt, vorzugsweise bei Fällen mit später erworbener Veranlagung, ebenso bei jugendlichen Personen mit sehr gehäuften, kurz dauernden Anfällen.

### δ) Differentialdiagnose.

Was die Abgrenzung gegenüber einer einfachen Manie, einer Amentia, den jugendlichen Verblödungsprozessen, manischen Zustandsbildern auf dem Boden der zerebralen Arteriosklerose, einer manischen Paralyse anbelangt, so finden diese Punkte bei den entsprechenden Kapiteln genügende Erörterung.

Eine Unterscheidung zwischen periodischer und zirkulärer Manie ist meist unmöglich, aber auch praktisch ganz irrelevant. Ein Ansteigen des Körpergewichtes während der Manie spricht selbstverständlich für zirkuläre Manie. Gewisse Schwierigkeiten können sich ergeben, wenn es sich darum handelt, ohne Kenntnis der Anamnese gewisse, mit schwerer Bewußtseinstrübung einhergehende Fälle periodischer Manie gegenüber epileptischen Erregungszuständen abzugrenzen. Die große Ablenkbarkeit der Kranken und typische Ideenflucht wird wohl für Manie sprechen, doch haben gerade neuere Erfahrungen das Vorkommen echter Ideenflucht auch bei unzweifelhaft epileptischen Psychosen dargetan (vide Kap. XIII, A, a.).

### c) Die periodische Melancholie.

Die einzelnen Anfälle verlaufen meist unter dem Bilde der einfachen Melancholia sine delirio; aber auch Angstmelancholien mit Wahnbildung können periodisch wiederkehren.

Die periodische Melancholie ist selten (d. h. Fälle, bei welchen ein zirkuläres Irresein mit nur wenig ausgeprägter manischer Phase dauernd sicher ausgeschlossen werden kann). Das Zustandsbild entspricht meist der Melancholia sine delirio; häufig handelt es sich außerdem um leichtere Fälle rein formaler Störung (periodische Depressionszustände, „Hypomelancholie"). Manche Fälle gehen mit ausgesprochenen Zwangsvorstellungen einher, von denen die Kranken

intervallär frei sind. Bemerkenswert ist, daß in den Fällen mit Wahnvorstellungen (Selbstanklagen, Versündigungsideen usw.) dieselben bei jedem einzelnen Anfalle ähnlichen Inhalt zeigen. Ungeachtet dieser schon eingangs erwähnten „photographischen Treue“ vernimmt man bei jedem einzelnen Anfalle die typischen Klagen, daß alles früher viel leichter gewesen sei; so schlimm, wie jetzt, sei es noch nie gewesen, diesmal gäbe es kein Gesundwerden mehr usw. Die körperlichen Begleiterscheinungen sind meist sehr markant, sowohl für den Beginn, wie für den Anfall selbst, heftige Präkordialangst, alle möglichen Neuralgien, Schlaflosigkeit, Störungen im Bereiche des Verdauungstraktes, zumeist rapides Sinken des Körpergewichtes. Auffallend und, wenn vorhanden, dann für eine periodische Psychose wohl charakteristisch ist, daß der Menstruationsprozeß in vielen Fällen ganz ungestört verläuft.

Intervalle mit mehrjähriger Dauer finden sich gerade bei der periodischen Melancholie nicht selten, doch sind die kürzeren Intervalle verhältnismäßig häufiger. Die Dauer beträgt durchschnittlich einige Monate.

Die Prognose des einzelnen Anfalles ist, abgesehen von der stets drohenden Selbstmordgefahr, absolut günstig. Ausgang in sekundäre Demenz kommt nie vor (die Furcht vor Wahnsinn und Blödsinn wird von derartigen Kranken immer wieder geäußert).

Dauerheilungen dagegen kann man höchstens bei den Fällen menstrueller periodischer Melancholie erhoffen.

*d*) Nur der Vollständigkeit halber sei hier angeführt, daß einzelne Anfälle streng periodisch verlaufender Geistesstörungen auch die Zustandsbilder der akuten halluzinatorischen Verworrenheit und der Paranoia bieten können. Derartige Fälle sind ungemein selten, daher praktisch so gut wie bedeutungslos. Gemeinsam mit den periodischen Psychosen überhaupt hat diese sogenannte „periodische Amentia“ und „periodische Paranoia“ die Ätiologie, den ziemlich akuten Beginn und die Gleichartigkeit der Anfälle. Ungestörter Menstruationsprozeß wurde in einigen Fällen periodischer Amentia speziell hervorgehoben (im Gegensatze zu den geradezu konstanten Menstruationsstörungen bei der genuinen Amentia). Die einzelnen Anfälle der periodischen Paranoia ähneln, rein symptomatologisch betrachtet, durchaus der Paranoia (echte und Pseudo-Halluzinationen, systemisierter Verfolgungswahn usw.). Das menstruelle Irresein verläuft zuweilen derart, daß während der einzelnen Phasen bei völlig klarem Sensorium mehr minder systemisierter Eifersuchtswahn auftritt, von dem intervallär auch nicht die geringsten Residuen zurückbleiben, für den vielmehr dann regelmäßig volle Krankheitseinsicht besteht.

### e) Periodisch delirante Verworrenheitszustände.

(Idiopath. periodisches Irresein in Form von Delirien, zentrale Typosen mit kurzen Anfällen.)

Die einzelnen Anfälle dauern nur kurz, gehen mit schwerer Bewußtseinstrübung, massenhaften Sinnestäuschungen (oft von spezifisch

epileptischer Färbung) einher und häufig mit heftigen motorischen Entladungen.

### α) Symptomatologie.

Nach kurzem Stadium prodromorum (reizbare Verstimmung, vage Angstgefühle, Neuralgien, namentlich auraähnliche Sensationen in den Fällen reflektorisch ausgelöster Psychosen) bricht perakut die Psychose aus mit schwerer Verworrenheit und massenhaften Halluzinationen (Leichen, Teufel, Blut, göttliche Heerscharen, Gespenster). Auf motorischem Gebiete besteht hochgradige Tobsucht, oft von elementarem Charakter, auch mit Bewegungsstereotypie, Zähneknirschen, Schnauben, Grimassieren, gewaltigen Jaktationen des ganzen Körpers, Pfeifen, Brüllen usw. In selteneren Fällen bieten die Patienten das Bild der epileptischen Moria (vide Kapitel XIII, A, a). Die Pupillen sind zuweilen auffallend weit, starr, die Bulbi injiziert, das Gesicht gerötet, die Miene oft eigentümlich verstört.

Der einzelne Anfall dauert wenige Tage bis zwei Wochen im Durchschnitt. Nicht selten beobachtet man gerade hier das serienweise Auftreten, d. h. mehrere Anfälle folgen aufeinander mit jeweilig nur kurzen Intervallen, bis eine auffallend lange (oft auf Jahre sich erstreckende) anfallsfreie Pause sich einstellt. Die Klärung erfolgt gewöhnlich kritisch, die Erinnerung für die durchgemachte delirante Phase ist meist nur recht lückenhaft.

### β) Ätiologie.

Gegenüber den übrigen Formen periodischen Irreseins nehmen diese Fälle insofern eine Sonderstellung ein, als die Bedeutung der Heredität hier zurücktritt gegenüber den anderen ätiologischen Faktoren, Schädeltraumen, Hirnherden, reflektorisch wirkenden peripheren Reizen. Gerade die sekundär bedingten periodischen Psychosen verlaufen häufig unter derartigen Bildern.

Besonders bemerkenswert sind aber derartige Fälle darum, weil sie, wie schon oben erwähnt, einen fließenden Übergang vermitteln zur periodischen Manie einerseits, anderseits klinisch und ätiologisch nicht scharf abgegrenzt werden können von den Anfällen psychischer Epilepsie. Auch intervallär finden sich nicht selten die Züge habitueller epileptischer Charakterveränderung; Kombination mit echten konvulsiven Anfällen ist nicht selten.

### γ) Therapie.

Einige der reflektorisch bedingten Fälle bieten Chancen für eine erfolgreiche kausale Behandlung (vide diesen speziellen Abschnitt).

Dauernde Alkoholabstinenz ist dringend notwendig. Einer meiner Kranken z. B., der nach Exzision einer kallösen Narbe von seinen Anfällen geheilt war, erkrankte nach etwa Jahresfrist abermals unter denselben Erscheinungen nach gehäuften Alkoholexzessen. Die Anfälle bei der zweiten Erkrankung zessierten bald ohne weitere Medikation nur unter Alkoholabstinenz.

Von einer Brommedikation hat man wenig befriedigende Erfolge gesehen, sobald die Geistesstörung selbst sich eingestellt. Mehr zu erhoffen ist von einer präventiv eingeleiteten Bromtherapie.

### f) Reflektorisch bedingte periodische Psychosen.

Das Gemeinsame der Fälle liegt hier nicht in der Symptomatologie, sondern lediglich in der Ätiologie; wie schon oben erwähnt, genügt nämlich hier die eigenartige Veranlagung an sich noch nicht, um die Geistesstörung hervorzurufen, sondern es bedarf noch eines peripheren reizabgebenden Faktors.

Von den verschiedenen Erscheinungsformen des periodischen Irreseins kommen bei den reflektorisch bedingten Fällen am häufigsten zur Beobachtung manische Zustandsbilder, delirante Verworrenheitszustände, Angstpsychosen und die „periodischen Monomanien" (zirkuläre Psychosen sind gerade hier ungemein selten).

Die Dauer beträgt gewöhnlich wenige Tage bis Wochen (oft nur einige Stunden). Perakutes Einsetzen und Schwinden des Anfalles ist die Regel, ausgezeichnete „photographische Treue" haben auch diese Fälle gemeinsam mit den übrigen periodischen Geistesstörungen. Die Prognose ist wesentlich tröstlicher als bei dem übrigen periodischen Irresein. Spontanheilungen kommen gar nicht selten vor (namentlich beim menstruellen Irresein), manche Fälle sind überdies einer direkten, sei es medikamentösen, sei es operativen Therapie zugänglich. (Ausschneidung kallöser Narben, Entfernung von Polypen, Morphininjektionen bei der „Dysphrenia neuralgica" usw.)

Es wurden schon sub Kapitel Ätiologie einige Beispiele aufgezählt von den verschiedenen in Betracht kommenden peripheren Reizen. Hier sei nur eine Form noch ein wenig ausführlicher erörtert, nämlich

#### das menstruelle Irresein.

Die einzelnen psychotischen Anfälle sind streng geknüpft an die Vorgänge der Menstruation, respektive Ovulation (und zwar gewöhnlich prä-, am seltensten postmenstruell).

Meistens wurden Zustandsbilder der Mania gravis beobachtet (zumeist mit besonders starkem sexuellen Charakter), ferner delirante Verworrenheitszustände, systemisierte Eifersuchtsideen oder Bilder der Angstmelancholie. Nicht selten treten die gewissen periodischen Mono-

manien streng menstruell auf. (Dipso-, Klepto-, Nymphomanie usw.) Die Dauer erstreckt sich auf wenige Tage; die Anfälle werden eingeleitet durch Schlaflosigkeit, vage Beklemmungen, allerlei abnorme Sensationen seitens der Genitalien. Auch die Klärung geschieht meist kritisch (bei den prämenstruellen Formen zusammenfallend mit dem Eintreten der Katamenien). Bemerkenswert ist, daß der gynäkologische Befund oft vollständig negativ ist. Intervallär bieten die Individuen wohl keine Psychose s. str. dar, aber meistens mehr minder deutliche Züge einer dauernden psychischen Minderwertigkeit (z. B. Kombination mit Hysterie, auch mit Epilepsie).

Fließende Übergänge verbinden diese menstruellen Psychosen mit jenen leichtesten Alterationen der psychischen Sphäre, denen jedes Weib zur Zeit des „Unwohlseins" ausgesetzt ist, gesteigerter Reizbarkeit, Denkerschwerung, „Launenhaftigkeit", grundlosen Verstimmungen usw. Alle diese Veränderungen steigern sich bei „Nervösen" jeweils schon zu bedeutender Höhe, die Individuen sind menstruell zum Auftreten pathologischer Affekte disponiert usw.; bei einer besonderen Veranlagung endlich kommt es eben zu menstruellen Geistesstörungen.

Das menstruelle Irresein kommt im allgemeinen während der Zeit des aktiven Geschlechtslebens vor. Interessant sind nun gewisse Ausnahmsfälle derart, daß z. B. bei veranlagten Individuen eine periodische Psychose von streng monatlichem Typus einige Zeit vor der ersten Menstruation in Erscheinung tritt, um mit Eintritt derselben — wenigstens für die nächste Zeit — zu zessieren, oder in der Weise, daß umgekehrt eine Geistesstörung von typisch menstruellem Verlaufe erst während und nach dem Klimakterium sich einstellt.

Das menstruelle Irresein ist sowohl einer Spontanheilung wie auch einer Therapie zugänglich. Als solche bewährte sich eine präventive Brommedikation, d. h. etwa eine Woche vor dem zu erwartenden Anfall verabfolge man hohe Bromdosen (6·0 pro die und darüber), außerdem empfiehlt es sich sehr, bis die kritische Zeit vorüber ist, die Patienten im Bette zu behalten.

### g) Die sogenannten periodischen „Monomanien".

(Das periodische Irresein in Form krankhafter Triebe.)

Das Charakteristische ist hiebei das streng periodische Auftreten eines ganz bestimmten unwiderstehlichen Triebes zu Handlungen, welche dem intervallären Seelenleben fremd sind. Mit den übrigen periodischen Geistesstörungen teilen diese Formen die Periodizität, das plötzliche Einsetzen und die gewöhnlich kritische Lösung, die photographische Treue der einzelnen Anfälle, endlich die Ätiologie. Hiebei muß an erster Stelle wieder die erbliche Belastung genannt werden

(oft in der Form der gleichartigen Heredität), Schädeltraumen und reflektorisch wirkende Ursachen.

Intervallär weisen die Kranken gewöhnlich verschiedene Züge allgemeiner psychopathischer Minderwertigkeit auf; Kombination mit Epilepsie und Hysterie ist recht häufig. Viele Fälle zeigen wieder innige Beziehung zur psychischen Epilepsie, insbesondere zu den periodischen Verstimmungen der Epileptiker; diese Zustände aber vollständig zu einer psychischen Störung dieser Neurose rechnen zu wollen, geht um so weniger an, als Fälle bekannt sind, bei denen Anfälle von Dipsomanie z. B. vikariierend auftreten mit Anfällen typischer periodischer Melancholie.

Am häufigsten zeigt sich das periodische Irresein in Form krankhafter Triebe unter dem Symptom der sogenannten

**Dipsomanie.**

Die Krankheit kennzeichnet sich durch die periodische Wiederkehr eines unwiderstehlichen Triebes zum Genusse geistiger Getränke, zu Berauschungsmitteln überhaupt (also auch Äther, Morphium usw.). Nach einigen Tagen mit sehr prägnanten Prodromalerscheinungen (quälender innerer Unruhe, Präkordialangst, Schlaf- und Appetitlosigkeit) macht sich ein gebieterischer, durch keine Willensanstrengung zu bekämpfender Drang nach Alkohol geltend. Die Kranken nehmen zuerst Bier zu sich, dann Wein, endlich die stärksten Schnapssorten, ja auch Brennspiritus, Petroleum. Die ekelhaftesten Ingredienzien, welche manche Kranke selbst den Getränken beimengen, um sich vor ihrem Triebe zu retten, wie Fäkalien, Urin usw., vermögen es nicht, die Patienten abzuhalten. Sie vertrinken, so lange der Anfall dauert, ihr Geld bis zum letzten Heller, verschleudern ihre ganze Habe, Frauen aus achtbarster Familie prostituieren sich für ein Glas Schnaps. Im Gegensatze zu den Gewohnheitssäufern, welche ihrem Laster gerne in „feucht-fröhlicher" Gesellschaft fröhnen, pflegen viele Dipsomanen die Geselligkeit zu meiden, ziehen sich zurück, schleppen sich die Alkoholquantitäten nach Hause. Trotz der oft unglaublich großen Quantität von Alkohol treten auffallenderweise die Erscheinungen der gewöhnlichen Trunkenheit nicht ein.

Nach einigen Tagen bis Wochen erfolgt, oft nach einem deliranten Verworrenheitszustande, ein tiefer, langdauernder Schlaf, worauf die Patienten unter schweren gastrointestinalen Erscheinungen (Erbrechen, Durchfall), manchmal unter starken Symptomen seitens des Zirkulationsapparates (Kollapstemperaturen, Pulsus filiformis), unter den bittersten Selbstvorwürfen, dem Gefühle einer allgemeinen Abgeschlagenheit wieder in ihren intervallären Zustand zurückkehren. Während des letzteren, der wochen- bis jahrelang dauern kann, sind die Kranken

durchaus nüchtern; manchmal besteht sogar ein absoluter Widerwille gegen Alkohol in jeglicher Form. Die Erinnerung für die Einzelheiten während der Anfälle ist meist nur höchst summarisch, bei einigen Fällen gehen die dipsomanen Phasen mit schwerer Bewußtseinstrübung einher, ganz unter dem Bilde eines echten Dämmerzustandes, mit verworrenen Handlungen. Bei weiblichen Individuen haben die Anfälle zuweilen streng menstruellen Typus.

Die erbliche Belastung tritt gerade hier besonders häufig in Form der gleichartigen Heredität auf (also Alkoholismus, speziell Dipsomanie in der Aszendenz).

Die Prognose quoad Dauerheilung ist nahezu hoffnungslos. Aber auch die intellektuellen und ethischen Fähigkeiten erfahren durch die fortgesetzten Alkoholexzesse meist eine zunehmende Einbuße.

Therapeutisch kann versucht werden eine energische Suggestivtherapie, bei Fällen mit sehr markanten neuralgischen Prodromi, mit lebhafter Präkordialangst, vielleicht auch präventive Morphiuminjektionen, Bettruhe, forcierte Brommedikation. Oberste Indikation ist vollständige, lang andauernde Abstinenz, die selbstverständlich bei der Eigenart des übermächtigen Triebes sich nur in einer geschlossenen Anstalt durchführen läßt. Bemerkenswert ist, daß die Kranken zu der kritischen Zeit des zu erwartenden Anfalles, wenn sie aus äußeren Gründen nicht ihrem Triebe nachkommen können, häufig das Bild enormer reizbarer Verstimmung, quälender Angst oder Depression, gelegentlich sogar mit echten homiziden Impulsen zeigen.

Während bei der echten Dipsomanie die Anfälle, respektive die Trunkenheitsexzesse streng periodisch verlaufen und der Trieb nach der Berauschung das Primäre ist, kann man eine Reihe anderer Kranker beobachten, welche bei entsprechenden äußeren Umständen unbeschränkt lange Zeit abstinent bleiben können, ohne das Bedürfnis nach geistigen Getränken zu empfinden. Mit dem ersten Tropfen Alkohol aber ist deren Willenskraft dahin, und sie geben sich nun durch mehrere Tage exzessiv dem Abusus spirituosorum hin; man hat diese Fälle mit Pseudodipsomanie bezeichnet.

Abgesehen nun von der Dipsomanie können sehr verschiedene andere Triebe mit der Macht eines unwiderstehlichen Zwanges periodisch sich einstellen. So können aufgezählt werden die Psychopathia sexualis periodica, die periodische Kleptomanie, Pyromanie usw. Zur Diagnose muß der Nachweis gelingen, daß diese pathologischen Störungen streng episodisch auftreten, daß die Individuen im Intervalle und während des jeweiligen Anfalles gewissermaßen zwei vollständig verschiedene Persönlichkeiten repräsentieren.

Was diesen Punkt anbelangt, müssen natürlich andere chronische, daher dauernde psychische Störungen ausgeschlossen werden können, wie Imbezillität, speziell Moral insanity, impulsives Irresein usw. (vide speziell auch Kapitel XIX).

# III. Die alkoholischen Geistesstörungen.

## VI. KAPITEL.

Schon eine einmalige übermäßige Alkoholzufuhr führt zu Vergiftungserscheinungen, unter welchen gerade psychischen Störungen eine wesentliche Rolle zukommt, zu dem bekannten Bilde des Rausches. Der chronische Mißbrauch geistiger Getränke nun zieht eine dauernde Veränderung der psychischen Persönlichkeit nach sich und erzeugt außerdem Geistesstörungen s. str. (mit Wahnideen, Sinnestäuschungen usw.). Wir haben also zu unterscheiden den habituellen Geisteszustand der Gewohnheitssäufer und die alkoholischen Psychosen.

Der chronische Alkoholmißbrauch führt zu einem fortschreitenden psychischen Verfall, der sich zunächst mehr in der gemütlichen als der intellektuellen Sphäre bemerkbar macht.

Der Trinker wird reizbar, dabei gleichgültig und abgestumpft gegen die Alltagssorgen, die Vorwürfe seiner Umgebung, den Rückgang seiner finanziellen Lage, seiner beruflichen Fähigkeiten. Vor allem ist die zunehmende Willensschwäche höchst auffallend; die besten Vorsätze, die im „Katzenjammer" gefaßt wurden, alle die „heiligen Eide" und „Mannesehrenworte" sind sofort vergessen bei der ersten besten Einladung eines Zechkumpans; aber auch ohne spezielle „Aufforderung" kann der Gewohnheitssäufer seinem Hange nicht widerstehen. Motive gibt es da genug. Getrunken wird, weil heute ein guter Geschäftstag war und man sich was vergönnen muß, und getrunken wird, um Vergessenheit zu finden, weil die Zeiten so miserabel sind; dem Müllner trocknet die Kehle beim Mehlstaub aus, der Heizer muß sich mit Bier abkühlen, der Kutscher mit einem Stamperl Schnaps sich erwärmen usw. Ebenso wie der Trinker immer in den äußeren Umständen eine Begründung für das Saufen findet, ebenso verschließt er sich jeglicher Einsicht für die deletären Folgen, welche die Trunksucht über ihn und seine Familie mit sich gebracht. Immer sind die „anderen" schuld, die Frau hätte freundlicher sein sollen, sein Brotherr hätte ihm einen leichteren Dienst geben sollen usw. usw. Charakteristisch ist auch das naive Selbstvertrauen, die Leichtigkeit, mit der

sich der Gewohnheitstrinker es vorstellt, ohneweiters das Saufen lassen zu können.

Immer mehr nimmt eine starke Verrohung beim Trinker überhand, die in unflätigen Schimpfreden, Tätlichkeiten jederzeit sich zu entladen geneigt ist. Dabei liegt eine eigenartige Labilität der Affektlage vor, welche geradezu an initiale Paralysis progressiva oder Manie erinnert. Über die nichtigsten Anlässe treten die brutalsten Wutausbrüche auf, die unvermittelt von Rührseligkeit gefolgt sind, und umgekehrt schlägt eine süßliche falsche Sentimentalität plötzlich in rohe Akte zornmütiger Erregung um.

Hand in Hand hiemit geht eine immer schwerere sittliche Entartung, besonders durch den Wegfall hemmender Vorstellungen*), durch stärkeres Hervortreten des Affektlebens; wörtliche und tätliche Angriffe wider die Umgebung, Hausfriedensbruch, sexuelle Angriffe auf die eigenen minderjährigen Töchter, Sachbeschädigung usw. usw. gehören zu den häufigen Straftaten der Gewohnheitssäufer; auch ein zunehmender Verfall in intellektueller Hinsicht, ein eigenartiges „Versimpeln", und Gedächtnisschwäche macht sich immer stärker bemerkbar. Auf dem Boden dieser chronischen Alkoholvergiftung entstehen nun eine Reihe von Geistesstörungen s. str., welche im folgenden genauer erörtert werden sollen.

Von den somatischen Erscheinungen des Alkoholismus seien (abgesehen von Leberzirrhose, Myodegeneratio cordis usw.) hauptsächlich die nervösen hier kurz aufgezählt. Eine große Rolle spielen neuritische Veränderungen, welche übrigens bei Alkoholdeliranten ungleich häufiger vorzukommen scheinen als bei den übrigen Formen alkoholischer Geistesstörung. Zu den neuritischen Erscheinungen, welche hauptsächlichst die Strecker und die unteren Gliedmaßen befallen, gehören Parästhesien, häufig eine Vereinigung von Unterempfindlichkeit für Berührungen und Hyperalgesie für Schmerzreize, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und der Wadenmuskulatur, Paresen.

*) Die Beziehungen des akuten („Rausch") und chronischen Alkoholismus zum Verbrechen sind so innige und so bekannt, daß jede Erörterung dieses speziellen Punktes überflüssig erscheinen muß. Nur an eines sei hier erinnert, daß moralisch defekte Individuen nicht selten sich „Zweckräusche" antrinken, um nach der Begehung irgend eines schon geplanten Deliktes auf das Moment der Berauschung pochen zu können. Zweckräusche sind auch ein beliebtes Mittel arbeitsscheuer Vaganten, um sich wegen eines echten oder angeblichen pathologischen Rauschzustandes die Versorgung in einer Irrenanstalt zu erzwingen. Betont muß aber auch folgendes schon an dieser Stelle werden, was noch später (Kapitel XVII) besprochen werden wird, daß bei einem großen Teile der Gewohnheitssäufer die Züge der krankhaften Willensschwäche, der intellektuellen und ethischen Minderwertigkeit usw. nicht Folgen, sondern Ursachen des Alkoholismus sind, daß es sich dabei um von Haus aus entartete Individuen handelt, bei welchen der Alkoholmißbrauch nur eine Teilerscheinung der allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit darstellt, bzw. als Folge derselben zu betrachten ist.

speziell im Bereiche des Peroneus, partielle E. A. R., die schmerzhaften Crampi; die Sehnenreflexe sind ebenso häufig abnorm gesteigert als herabgesetzt. Auch Neuritis im Bereiche des N. II (speziell Decoloratio des temporalen Papillensektors) mit Skotomen usw. wird häufig beobachtet; eine Reihe der nervösen Erscheinungen bei Gewohnheitssäufern sind als Abstinenzerscheinungen aufzufassen. Hieher gehören die charakteristischen feinwelligen und schnellschlägigen Tremores linguae et manuum, die morgendlichen Übelkeiten (der Vomitus matutinus), wohl auch die Schlafstörung. Epileptische Anfälle sind nicht selten (vide darüber auch sub Epilepsie).

Unter den ätiologischen Faktoren des chronischen Alkoholmißbrauches nimmt eine wichtige Stellung die erbliche Belastung ein. In weit mehr als der Hälfte aller Fälle kann Heredität (speziell Alkoholismus) nachgewiesen werden. Determinierend wirkt nun das Milieu im engeren und weiteren Sinne, die unglückseligen Trinksitten, Beispiel, Verführung, ebenso soziale Faktoren (Elend, ungünstige Nahrungs- und Wohnungsverhältnisse, Kummer usw.), Unwissenheit, die irrige Meinung von der „stärkenden“ Wirkung des Alkohols, das gedankenlose Sichhingeben an die Gewohnheit usw. Daß aber trotz der vielen hier angedeuteten äußeren Faktoren doch nur ein höchst geringer Prozentsatz all der zahllosen Menschen, welche gewohnheitsmäßig den Alkohol gebrauchen, dem chronischen Alkoholmißbrauch und dessen schweren physischen und psychischen Folgen verfällt: das allein weist schon darauf hin, daß neben dem Milieu eben doch noch ein anderer sehr wichtiger Faktor mit im Spiele sein muß, eben eine eigenartige Veranlagung (vide des Genaueren sub Kapitel XVII).

Die Besprechung eines Kampfes gegen den Alkoholismus selbst würde den Rahmen eines Lehrbuches der Psychiatrie wohl weit überschreiten, ebenso eine Erörterung der gerade jetzt vielfach umstrittenen Fragen der Mäßigkeit oder Abstinenz, der Trinkerheilstätten, Entmündigung wegen Trunksucht usw. Soweit therapeutische Maßnahmen bei den einzelnen alkoholischen Psychosen zu erörtern sind, vide die speziellen Abschnitte.

* * *

## A. Das Delirium tremens.

(„Säuferwahnsinn“.)

Das Delirium tremens ist eine akute, nur bei Gewohnheitssäufern vorkommende Psychose, welche mit Verworrenheit und pathognostischen Sinnestäuschungen (vorwiegend optischer und taktiler Art) einhergeht, während unter den sehr markanten körperlichen Erscheinungen besonders Zittern und vermehrte Transpiration charakteristisch sind.

### a) Symptomatologie.

#### α) Psychisch.

Die Sinnestäuschungen betreffen vorwiegend den Gesichts- und Tastsinn und tragen gewisse Merkmale an sich, die sie von Halluzinationen der Amentia wohl unterscheiden lassen. Die Gesichtstäuschungen haben das Charakteristische multipler, in steter Bewegung befindlicher Objekte. Es kommen sowohl Elementarphotismen vor (Staub, Mehl, Funken, feurige Kügelchen usw.) als auch komplexere Visionen (Ungeziefer, Würmer, Schlangen, Ratten, Hunde*), kleine Männchen, „Marionetten", „Feuerteufel", Münzen, die stets der haschenden Hand entgleiten usw.). Die sinnliche Lebhaftigkeit dieser Sinnestäuschungen ist sehr groß. Die halluzinierten Objekte sind in steter Bewegung, wechseln ihre Gestalt, ihr Aussehen rasch.

Mehrfache Parästhesien führen zu Halluzinationen des Tastsinnes. Die Kranken fühlen sich angespritzt, gekitzelt, gestochen, gezwickt, Spinnweben legen sich auf die Hände und lassen sich trotz Scheuerns und Wischens nicht entfernen, auf der Zunge verspürt der Kranke die Empfindung von Haaren, Fäden, Wolle usw., die auszuspucken er bemüht ist.

Gehörstäuschungen kommen relativ seltener vor; wo sie eine größere Rolle spielen, muß die Prognose einigermaßen vorsichtig gestellt werden (vide unten, sub *b*). Alle diese Halluzinationen werden verwoben zu sehr lebhaften Delirien, die im Gegensatze zu den Delirien der Amentia und Epilepsie zumeist Reminiszenzen aus dem Alltagsleben zum Inhalte haben (triviale oder „Beschäftigungs-Delirien").

Der Schneider fädelt ein, sucht emsig auf dem Boden nach verstreuten Nadeln, der Kutscher hat mit seinen Pferden zu tun, der Kranke glaubt im Wirtshaus zu sein, wartet den nahenden Ärzten mit imaginären Gläsern auf, oder er fühlt sich auf die Polizeistube versetzt, beteuert dem Herrn Kommissär, daß er wieder ganz unschuldig eingesperrt sei „wegen des bißchen Rausches". Ganz bemerkenswert ist die große sinnliche Lebhaftigkeit aller dieser Delirien, in denen die Kranken eine sehr aktive Rolle spielen. Es gibt wenig andere Fälle, bei welchen die Patienten so plastisch halluzinieren wie gerade beim Säuferwahnsinn. Schwitzend, zitternd, unter lebhaften Selbstgesprächen rutscht der Kranke auf dem Fußboden umher und sucht nach Geld, wehrt unwillig die vielen Tiere ab, führt halluzinierte Gefäße zum Mund, die er durstig ausschlürfen will, trachtet

*) Sogenannte Zoopsien.

seine imaginäre Pfeife in Brand zu stecken, sucht wieder nach den verstreuten Streichhölzchen, zerwühlt das Bettzeug, hält die Maschen des Gitterbettes krampfhaft in der Hand und dirigiert mit diesen „Zügeln“ sein Gespann, wischt sich ärgerlich das Wasser von der Wange, mit dem ihn die „Malefizbuben von daneben“ immer anspritzen usw. Dabei sind die Kranken in hohem Maße suggestibel. Kranke, die noch nicht auf der Höhe des Deliriums sind, vielleicht gerade augenblicklich spontan nicht halluzinieren, erblicken über energisches Befragen auf einmal im Schatten unter dem Bette Hühner u. dgl., auf dem Kasten ein „Kasperltheater“ mit possierlichen, beweglichen Puppen. Der nur mit einem Hemd bekleidete Delirant will unter Dankesworten eine Münze in den Hosensack stecken, greift verlegen nach dem Kopfe, weil er „vor dem Herrn Richter“ den Hut nicht abgenommen usw. Von einem leeren Blatte Papier, das ihnen mit der Aufforderung zu lesen vorgehalten wird, buchstabieren die Kranken alsbald mehr minder fließend einzelne Wörter oder ganze Sätze herab, die meist ganz sinnlos sind, von den Patienten aber mit derselben ruhigen Selbstverständlichkeit vorgebracht werden, wie uns z. B. der gänzliche Mangel an Zusammenhang und Logik in unseren Traumgesprächen nicht zum Bewußtsein kommt. Manche der Deliranten motivieren die Stockungen im Lesen, „es seien halt lateinische Buchstaben“, oder „goldene Flinserln seien darüber gestreut“ usw. In einigen Fällen löst Druck auf die Bulbi (bei geschlossenen Lidern) lebhaftere Gesichtstäuschungen aus bei Fällen, welche spontan noch wenig oder gar nicht delirierten.

Das Bewußtsein ist in verschiedenen Graden gestört. In den leichten Fällen gleichen die Patienten etwa Schlaftrunkenen, welche, sich selbst überlassen, bald einnicken und zu träumen beginnen, bei jedem starken Sinnesreiz aufgeweckt werden und zu sich kommen. Die Kranken, welche vielleicht wenige Minuten vor dem Examen im Bette emsig nach irgendwelchen Hasen oder kleinen Männchen suchten, erweisen sich im Gespräche mit dem Arzte als orientiert, sind sich ihrer Lage bewußt, delirieren nicht; das Spiel der lebhaften Halluzinationen beginnt aber alsbald, sowie man den Patienten sich selbst überläßt, namentlich nachts, wenn alles stille ist, oder in der Einzelzelle. In anderen Fällen wieder ist die Verworrenheit viel stärker, die Menge der Sinnestäuschungen so groß, daß der Kranke aus seinen Delirien durch keinerlei äußere Sinnesreize erweckt werden kann. Auffallend ist in derartig hochgradigen Fällen eine eigenartige apperzeptive Störung; die Kranken werden von ihren Innenvorgängen so eingenommen, daß die reale Welt für sie überhaupt nicht existiert, sie sehen z. B. kein Hindernis, rennen blindlings an die Wand der Zelle an usw. Die Stimmung weist ein eigentümliches Gemisch von Angst, Ärger und

Heiterkeit mit Neigung zu bummelwitzigen Scherzen auf („Galgenhumor der Säufer“). Es besteht ein hohes Maß psychomotorischer Erregung. Des „plastischen“ Halluzinierens, des aktiven Mitarbeitens in den Delirien wurde ja schon oben gedacht. Die Patienten haben ein eigentümlich unruhiges, zappeliges Wesen.

Ganz bemerkenswert ist, daß Kranke, die schon mehrfach den Säuferwahnsinn durchgemacht, von der Irrealität ihrer früheren Delirien überzeugt sind, darüber in krankheitseinsichtiger Weise berichten, während die gegenwärtigen Halluzinationen als vollkommen real hingenommen werden.

### β) Somatisch.

Sehr prägnant sind die körperlichen Begleiterscheinungen. Vor allem besteht ein allgemeines starkes Zittern, das namentlich an den Händen und der Zunge in Form eines feinwelligen, schnellschlägigen Tremors auffällt. Zuweilen gesellt sich dem Zittern der Lippen und Zunge, das sehr hochgradig sein kann, auch eine Art ataktische Sprachstörung hinzu, welche geradezu an die paralytische Dysarthrie erinnern kann. Die Transpiration ist bedeutend gesteigert*), die Temperatur (auch in den unkomplizierten Fällen) meist ein wenig erhöht; es besteht eine leichte katarrhalische Affektion der Augenbindehäute, meist Bronchitis; der Harn ist hochgestellt, enthält häufig die schon bei der Amentia erwähnten abnormen Bestandteile; die Assimilationsgrenze für den Traubenzucker ist herabgesetzt, die eosinophilen Leukozyten sind vermindert oder fehlen ganz, während die polynukleären vermehrt sind. Es besteht absolute Agrypnie.

Abgesehen von diesen Symptomen, welche dem Delirium als solchem zukommen und welche mit kritischer Lösung wie auf einen Zauberschlag verschwinden, können im Bereiche des somatischen Befundes noch verschiedene andere bei chronischen Alkoholisten vorkommende Erscheinungen vorhanden sein, z. B. Anzeichen mehr minder schwerer Polyneuritis, meningeale Reizerscheinungen bei normalem Befunde seitens des Liquor cerebrospinalis, mannigfache Störungen der Binnen- und Außenmuskeln des Auges (entsprechend einer Polioencephalitis acuta superior) usw. Leberzirrhose findet sich, wie es scheint, gerade bei Alkoholdeliranten relativ weniger häufig als bei den übrigen Gewohnheitstrinkern.

---

*) Bei der Meningitis tuberculosa treten, wenn sie Gewohnheitssäufer befällt, Bilder auf, welche symptomatologisch die größte Ähnlichkeit mit dem typischen Delirium tremens zeigen. Gerade die Schweißausbrüche des Alkoholdeliriums pflegen aber dabei zu fehlen.

### b) Verlauf und Prognose.

Nachdem einige Tage bis Wochen schon abortive Delirien beim Einschlafen*) sich gezeigt hatten, bricht ziemlich akut das typische Krankheitsbild aus, das für gewöhnlich 4 bis 7 Tage währt; dann stellt sich ein tiefer, viele Stunden währender Schlaf ein, und die Kranken erwachen klar, manchmal sogar schon mit voller Krankheitseinsicht; meist ist es so, daß die Kranken nach dem kritischen Schlafe zwar nicht mehr delirieren, aber an der Realität einiger Halluzinationen noch festhalten, bis erst im Laufe der nächsten paar Tage vollkommene Krankheitseinsicht eintritt (leider nicht immer zugleich damit Einsicht für das ätiologische Moment der Erkrankung, für die Trunksucht). Die Erinnerung für das überstandene Delirium ist meist eine sehr weitgehende. Daß mit dem Erwachen aus dem kritischen Schlafe auch gewisse körperliche Symptome aufhören, wurde schon oben gesagt.

Von diesem typischen Verlauf gibt es nun eine Reihe von Ausnahmen. Einmal (selten) kommt es nach der ersten durchschlafenen Nacht nicht sofort zur Klärung, sondern das Delirium hält noch einige Tage an, rezidiviert mehrmals, oder der kritische Schlaf läßt überhaupt ungewöhnlich lange auf sich warten, das Krankheitsbild als solches besteht 2 bis 3 Wochen hindurch. In gleichfalls recht seltenen Fällen schließt sich an das Delirium eine chronische Geisteskrankheit an, z. B. eine Paranoia. Sehr verdächtig dafür sind jene Fälle, bei welchen Gehörstäuschungen in den Vordergrund treten. Die optischen und taktilen Halluzinationen lassen nach, die Verworrenheit schwindet, aber die Gehörstäuschungen bleiben, und es entwickelt sich nun eine regelrechte Paranoia. Es kann auch der Fall sein, daß nach abgelaufenem Delirien eine lang dauernde, ja vielleicht unheilbare Korsakoffsche Psychose zurückbleibt; namentlich Fälle mit starken neuritischen Symptomen und Augenmuskelstörungen sind diesbezüglich verdächtig.

Bei Kranken, bei denen epileptische Anfälle das Delirium einleiteten oder bei welchen solche während des Deliriums auftreten, nimmt der Säuferwahnsinn auch nicht selten eine spezifische Färbung an (schreckhafte Halluzinationen von Feuer, Hölle, Teufel usw.), für die Psychose besteht dann hinterher oft vollständige Amnesie.

In manchen Fällen bieten die Kranken bald ein eigentümlich asthenisches Bild. Trotz unverminderter Intensität der Delirien und lebhafter motorischer Unruhe können die Patienten sich nicht auf

*) Die Träume derartiger Individuen haben sehr häufig schon lange Zeit vor dem Ausbruche des Deliriums die typischen Zoopsieen zum Inhalte; auch über Träume von „viel Wasser“ (Überschwemmung oder dgl.) wird auffallend oft berichtet.

den Beinen erhalten, nehmen Rückenlage ein, der Puls wird klein, schlecht gespannt; das Bild erinnert an die blanden Delirien schwerer Typhuskranker.

Diese Symptome sind von schlechter prognostischer Vorbedeutung, die Gefahr des Todes im Kollaps ist eine eminente. Nach unseren Erfahrungen und bei unserer Therapie beträgt die Mortalität der unkomplizierten Delirien nicht ganz 1%. Die Prognosis quoad vitam wird außerdem getrübt durch irgendwelche Komplikationen, z. B. durch den fieberhaften Prozeß, der an sich das Delirium hervorrief (Sepsis, Pneumonie usw.).

### c) Ätiologie.

Das Delirium tremens entwickelt sich nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Eine einmalige noch so starke Alkoholververgiftung erzeugt niemals dieses Krankheitsbild. Aber auch bei lang fortgesetzter Trunksucht müssen noch besondere Momente obwalten, um das Delirium zum Ausbruche zu bringen. An Säuferwahnsinn erkranken erstens chronische Alkoholisten bei fieberhaften körperlichen Affektionen; oft genügt schon eine geringgradige Influenza, eine leichte Bronchitis*). Ferner kann absolut nicht in Abrede gestellt werden (trotzdem von vielen Autoren dies immer bestritten wird), daß in so manchen Fällen das Delirium tremens eine echte Abstinenzerscheinung ist, d. h. dann eintritt, wenn chronischen Säufern plötzlich die Alkoholzufuhr ganz entzogen wird. Nicht bloß Gefängnisärzte, Chirurgen usw. bestätigen diese Erfahrung, sondern auch der Irrenarzt**) kann das Moment der Abstinenz, namentlich anamnestisch, vielfach erheben. Ein großer Teil der körperlichen Begleiterscheinungen chronischer Säufer stellt sich übrigens als nichts anderes denn Abstinenzerscheinungen dar, so der Vomitus matutinus, die Tremores, welche gerade in der Früh am ärgsten sind (wenn eben dem Organismus die Nacht hindurch kein Alkohol zugeführt worden ist) und welche sofort schwinden, wie der erste Tropfen Schnaps getrunken ist. Daraus erklärt sich ja auch der Circulus vitiosus, in welchen der Alkoholiker bald gerät: weil er trinkt, zittert

---

*) Jene unter a, α geschilderte spezifisch-alkoholische Färbung der Delirien. jedoch ohne die pathognostischen körperlichen Symptome, tritt auch bei vielen Fieber- oder protrahierten Inanitionsdelirien zu Tage, wenn es sich dabei um Gewohnheitstrinker handelt.

**) In dieser Weise sind z. B. jene Fälle von akuter Halluzinose oder Alkoholparanoia aufzufassen, bei welchen, nach mehr minder langem Bestehen dieser Formen außerhalb der Anstalt, nunmehr, am zweiten oder dritten Tage nach vollzogener Anstaltsinternierung, ein typisches Alkoholdelirium ausbricht, das seinerseits nach einigen Tagen mit kritischem Schlafe schwindet, während die Halluzinose oder der Eifersuchtswahn unverändert weiterfortbesteht.

er, muß erbrechen; gegen dieses Symptom erweist sich unmittelbar mit für den Kranken überzeugender Kraft wirksam eben wieder nur der Alkohol.

Wegen bedeutender Steigerung der gastrointestinalen Symptome oder aus irgendwelchen anderen Gründen beschließt der Säufer nun einmal nüchtern zu bleiben, oder es wird ihm die plötzliche Abstinenz beispielsweise infolge seiner Verhaftung aufgezwungen, und nun kommt es zum Delirium. Da aber nur bei einem Teil all derer, die lange mit Alkohol Mißbrauch trieben, die plötzliche Entziehung das Delirium tremens hervorruft, muß man, zumal unter Berücksichtigung des Blutbefundes, überhaupt der so sehr hervorstechenden körperlichen Symptome, des akuten Verlaufes und der kritischen Lösung, annehmen, daß sich bei einer bestimmten Disposition unter dem Einflusse des chronischen Alkoholmißbrauches im Organismus selbst ein „alkohologenes“ Gift bildet, welches das Delirium erzeugt und das die größte Ähnlichkeit mit den Giften bakteriellen Ursprunges bei den Infektionskrankheiten hat.*)

Die erbliche Belastung scheint bei den Alkoholdeliranten eine geringere Rolle zu spielen als bei den übrigen Formen alkoholischer Psychosen.

#### d) Therapie.

Die meisten Fälle verlaufen ohne jegliche Therapie günstig. Chloral und Opium sind nach unseren Anschauungen geradezu kontraindiziert. Die übrigen Schlafmittel schaden zwar nichts, ihr Nutzen muß aber doch zweifelhaft genannt werden. Bei Gefahr des Kollapses, wenn das Delirium einen mussitierenden Charakter annimmt, der Puls klein und frequent wird, verzettle man nicht die Zeit mit Strophantus, Kampfer usw., sondern exzitiere durch Alkohol (Kognak); außerdem empfiehlt es sich, die Kranken auf Milchdiät zu setzen; Koprostase muß energisch bekämpft werden.

* * *

Eine andere bei Gewohnheitssäufern vorkommende akute Geistesstörung ist der sogenannte

### B. Akute Alkoholwahnsinn.

(Akute Halluzinose der Trinker.)

#### a) Symptomatologie.

Bei klarem Sensorium treten ziemlich akut massenhaft Gehörstäuschungen auf. Dieselben tragen alle die Merkmale an sich, wie sie

---

*) Nur nebenbei sei bemerkt, daß — allerdings ungemein selten — Fälle vorkommen, bei welchen eine akute (medizinale) Salizylsäurevergiftung bei Fehlen von chronischem Alkoholmißbrauch dasselbe klinische Zustandsbild hervorruft, wie es dem typischen Delirium alcoholicum entspricht.

die Gehörshalluzinationen der Paranoiker bieten. Es werden sowohl die Pseudohalluzinationen beobachtet („Gedankenlautwerden"), wie insbesondere Gehörstäuschungen von außerordentlich großer sinnlicher Lebhaftigkeit. Die Patienten vermögen Klangfarbe, Zahl der Stimmen usw. genau anzugeben. Sie vernehmen einzelne beschimpfende, bedrohende Zurufe (oft in eigentümlich rhythmischer Weise, „Lump, Lump, Lump" — „Häng dich auf, häng dich auf" usw.) oder lange Gespräche, deren Inhalt der Patient selbst, sein Lebenslauf usw. bildet und bei denen der Kranke gewissermaßen nur als unfreiwilliger Zuhörer beteiligt ist. Man wirft ihm geschlechtliche Verirrungen vor, daß er gestohlen, falsch gespielt habe, er hört die Stimmen beraten, ob er geköpft, gerädert oder zerschnitten werden solle.

Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten sind seltener und meist nur vorübergehend, z. B. gelegentlich in Form von optischen und taktilen Halluzinationen, zuweilen ganz vom Charakter der Delirien beim gewöhnlichen Säuferwahnsinn, schwarze Männer usw.

Meist besteht ein sehr lebhafter Angstaffekt, der die Kranken häufig zu Selbstmordversuchen treibt oder zu recht gefährlichen Angriffen auf ihre Umgebung. Einer meiner Kranken rannte von der Arbeit weg schnurstracks in die Donau, ein anderer riß sich mit den Fingernägeln das Skrotum ab.

Zuweilen besteht das charakteristische Gemisch von Angst, Unruhe und falscher Heiterkeit, jener gewisse „Galgenhumor" der Säufer. Dabei stehen in vielen Fällen die Halluzinationen ganz isoliert da, werden in keiner Weise „erklärt", irgendwie zu systemisierten Wahnideen verarbeitet; in anderen Fällen läßt sich aber zum mindesten ein recht typischer Beziehungswahn nachweisen. Der Kranke glaubt unter Polizeiaufsicht zu stehen, die Leute gehen ihm nach, verfolgen ihn auf Schritt und Tritt, werfen einander bedeutungsvolle Blicke zu, wenn Patient vorübergeht usw.

In seltenen Fällen kommt es aber auch zu ganz phantastischen Verfolgungs- und Größenideen, welch letztere auffallend an die Megalomanie der Paralytiker erinnern können. Einer meiner Kranken versicherte, in einem Atem lachend und weinend, er habe ja nichts dagegen, wenn man ihn durchaus zum Kaiser machen wolle, aber nur kastrieren lasse er sich absolut nicht.

Dabei erweisen sich die Kranken orientiert, vermögen in geordneter Weise Rede und Antwort zu stehen, nur gelegentlich machen die Patienten den Eindruck leichter Verworrenheit, insbesondere wenn die Gehörshalluzinationen besonders intensiv und massenhaft auftreten, so daß die Kranken von denselben ganz präokkupiert sind. In solchen Fällen besteht auch ein gewisses vages Krankheitsbewußtsein, die

Kranken geben an, „närrisch“, ganz „wirrwarrisch“ zu sein, legen dies selbst wieder als Werk ihrer Verfolger aus.

Markantere somatische Begleiterscheinungen fehlen (abgesehen natürlich von den körperlichen Symptomen des chronischen Alkoholismus überhaupt, Tremores, etwaigen neuritischen Befunden usw.). Ernährungszustand, Schlaf ist oft auffallend wenig gestört.

### b) Verlauf und Prognose.

Der Beginn ist, wie schon erwähnt, ein akuter. Bei diesen Fällen, welche oft einer Paranoia täuschend ähnlich sehen, ist es gerade differentialdiagnostisch wichtig, daß ein längeres hypochondrisches Vorstadium oder lang bestehende vage Beziehungs- und Beachtungsideen der manifesten Psychose nicht vorausgehen. Die Krankheit gelangt zumeist zur Heilung, durchschnittlich innerhalb einiger Wochen, aber auch Fälle von vielmonatiger Dauer sind noch nicht als hoffnungslos zu erachten. Oft erfolgt auch hier die Heilung, ähnlich wie beim Säuferwahnsinn, rasch, derart, daß mit Schwinden der Halluzinationen auch schon Krankheitseinsicht sich einstellt; in anderen Fällen vollzieht sich die Rekonvaleszenz langwierig, die Gehörstäuschungen selbst setzen aus (zuweilen auffallend rasch, schon nach wenigen Tagen absoluter Alkoholabstinenz, also z. B. bald in der Anstaltspflege), allein an ihrer Realität hält der Patient noch fest und gibt nun allerlei wahnhafte Erklärungsversuche. Gelegentlich verläuft die Krankheit in einigen Nachschüben, ohne daß sich neue Alkoholexzesse nachweisen ließen.

Diese im großen und ganzen günstige Prognose wird getrübt, einmal durch die Selbstmordgefahr derartiger Kranker, ferner dadurch, daß ein Teil aller Fälle in einen chronischen Zustand mit Gehörstäuschungen und progressiver Wahnbildung übergeht, d. h. in eine echte Paranoia. Es scheint, als ob namentlich bei wiederholten Rezidiven — die geheilten Kranken verfallen ja leider nur allzuoft wieder der Trunksucht — dieser Endausgang häufig eintritt. Es muß übrigens gesagt werden, daß wir derzeit im vorhinein nicht wissen können, welche Fälle heilen, welche in einen chronischen Zustand übergehen werden.

### c) Differentialdiagnose.

Die Unterscheidung gegenüber dem Delirium tremens bietet zumeist keine Schwierigkeiten bei dem Fehlen einer starken Bewußtseinstrübung, dem Mangel der charakteristischen somatischen Begleiterscheinungen, dem Zurücktreten optischer und taktiler, bei Vorwalten akustischer Halluzinationen.

Schwierig kann die Abgrenzung gegenüber der Paranoia werden, wenn man nur das Zustandsbild selbst betrachtet. Im allgemeinen freilich kommt als entscheidend in Betracht das Mißverhältnis zwischen den prädominierenden, ungemein lebhaften „dramatischen" Gehörstäuschungen und den Wahnideen, welche oft ganz fehlen oder nur rudimentär entwickelt sind. Doch sieht man auch bei der echten Paranoia gelegentlich Bilder, bei welchen die Halluzinationen in dem Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen, während anderseits, wie oben bemerkt, auch beim akuten Alkoholwahnsinn reichlichere Wahnbildung beobachtet werden kann. Das Wichtigste ist hier doch die Anamnese, der Nachweis des akuten Beginnes bei einem Gewohnheitssäufer. Das zuletzt Gesagte gilt auch von der Differentialdiagnose gegenüber der akuten paranoiden Angstpsychose. Außerdem fehlen bei letzterer Pseudohalluzinationen; gegenüber dem „Schuldbewußtsein" der Melancholiker zeigt sich oft der Säuferhumor; die schwere allgemeine Ernährungsstörung ist viel ausgeprägter.

**d) Therapie.**

Gegen den heftigen Angstaffekt wird man zuweilen mit Opium einzuschreiten genötigt sein, wobei selbstverständlich, wie bei den akuten Psychosen überhaupt, ein besonderes Augenmerk der Regelung der Darmtätigkeit geschenkt werden muß. Im übrigen ist absolute Abstinenz vom Alkohol die oberste Indikation. Vom Alkohol als Exzitans Gebrauch zu machen, ist gerade hier nicht notwendig, da die Gefahr des Exitus im Kollaps bei diesen Fällen nicht vorliegt. Wegen der Selbstmordneigung der Patienten ist fast stets auf eine Internierung der Kranken in einer geschlossenen Heilanstalt zu dringen.

* * *

Unter den akuten Geistesstörungen auf alkoholischer Basis verdient besondere Erwähnung auch der sogenannte

## C. „pathologische Rausch".

Derselbe ist der Ausdruck einer eigenartigen Idiosynkrasie, einer qualitativen Intoleranz*) gewisser Individuen dem Alkohol gegenüber.

*) Unter quantitativer Alkoholintoleranz versteht man jene Erscheinung, daß Leute nach gewissen Schädlichkeiten (Insolation, Schädeltrauma, Infektionskrankheiten mit besonders schweren zerebralen Symptomen, „Kopftyphus", chronischem Alkoholismus) nunmehr den Alkohol nicht mehr so vertragen wie früher, d. h. auf Dosen hin, welche sie früher ohne merkbare Folgen genießen konnten, schwer berauscht werden.

Eine qualitative wie quantitative Alkoholintoleranz wird nicht so selten auch durch die sogenannten sekundären Schwächezustände nach akuten Psychosen geschaffen.

Die bestimmte Veranlagung des Individuums zum Auftreten der pathologischen Alkoholreaktion ist meist eine angeborene (erbliche Belastung in Form von Epilepsie, Migräne, Alkoholismus) oder erworbene (Schädeltraumen, namentlich solche mit Gehirnerschütterung einhergehend, Sonnenstich, Typhus, durch chronischen Alkoholismus selbst). Häufig sind bei einem und demselben Individuum angeborene und erworbene Disposition kombiniert. Derart Veranlagte reagieren aber erfahrungsgemäß nicht jedesmal, sobald sie überhaupt Alkohol zu sich nehmen, in pathologischer Weise; häufig lassen sich noch bestimmte unmittelbar auslösende, beziehungsweise die latente Disposition steigernde Momente nachweisen. Vor allem sind hier Affekte zu nennen, ferner Hunger, Erschöpfung, Blutverlust, Nachtwachen, zuweilen plötzliche intensive Kälteeinwirkung u. dgl.

Auf Alkoholgenuß reagieren nun gewisse Kranke nicht unter dem Bilde des gewöhnlichen — sit venia verbo — „physiologischen“ Rausches, sondern mit einer transitorischen Geistesstörung. Ohne daß die Kranken taumeln, lallen, kurz irgendeines der allbekannten körperlichen Symptome der akuten Alkoholvergiftung bieten, setzt meist perakut eine mehr minder schwere Bewußtseinstrübung ein.

Zuweilen in unmittelbarem Anschlusse an den Alkoholgenuß, zuweilen unterstützt durch an sich keineswegs pathologische und nicht pathologischen Motiven entspringende Affekte, manchmal — was zur Beurteilung derartiger Fälle besonders wichtig ist — erst nach einigen Stunden bricht nun die Psychose aus. Es fehlen, wie schon oben erwähnt, die körperlichen Lähmungserscheinungen der akuten Alkoholvergiftung; die Kranken erscheinen daher, wie die Zeugenaussagen übereinstimmend lauten, nicht betrunken.

Der Zustand äußert sich in maßloser, in brutalen, mit höchst gefährlichen Angriffen und sinnlosem Zerstören einhergehenden Gewalttaten explosivartig sich entladender zornmütiger Erregung oder in heftigstem (durch schreckhafte Halluzinationen und Wahnelemente bedingten) Angstaffekt mit der enormen blind wütenden Aggressivität der Angstpsychosen. Es handelt sich nicht, wie beim gewöhnlichen Rausche, um rücksichtslose und gewalttätige Reaktionen auf wirkliche Vorgänge, sondern um eine Bewußtseinsverfälschung durch Trugwahrnehmungen der Sinne und wahnhafte Verarbeitung teils dieser Trugwahrnehmungen, teils wirklicher Sinneseindrücke. In vielen Fällen kommt es in diesen Dämmerzuständen zu ganz bestimmten, für ein und dasselbe Individuum geradezu stereotypen kriminellen Handlungen anderer Art (Exhibitionieren, Notzuchtsattentaten, Diebstahl usw.). Gerade in Fällen letzterer Art ergibt häufig eine genaue Psychoanalyse, daß die Neigung zu dem betreffenden Delikte mehr minder dauernd bei dem Täter besteht, bei normalen Bewußtseins-

qualitäten aber durch entsprechende hemmende Gegenvorstellungen latent bleibt, während sie unter der transitorischen Bewußtseinstrübung sofort in die Tat umgesetzt wird.

Der ganze Zustand dauert im Durchschnitte wenige Stunden, worauf meist ein tiefer, oft sehr langer Schlaf das Krankheitsbild abschließt. Bei frisch untersuchten Fällen fand man recht häufig träge reagierende, selbst reaktionslose Pupillen. Nach dem Erwachen sind die Individuen nahezu ausnahmslos total amnestisch für sämtliche Einzelheiten der psychotischen Phase. Zuweilen erstreckt sich dieser Erinnerungsdefekt auch noch auf einen dem nachweislichen Eintritte des pathologischen Rauschzustandes mehr minder lange vorausgehenden Zeitabschnitt (retrograde Amnesie); zuweilen hat der Kranke unmittelbar nach der Verübung des Deliktes noch eine gewisse vage Erinnerung, die am folgenden Tage völlig verschwunden sein kann; auch die zeitlichen Grenzen des Erinnerungsdefektes können gewisse Schwankungen aufweisen, sich verschieben usw., bleiben aber schließlich dauernd bestehen.

Die große forensische Wichtigkeit der pathologischen Rauschzustände liegt auf der Hand, ebenso aber auch die mitunter unüberwindlichen Schwierigkeiten einer positiven Diagnose, namentlich der Frage der Simulation gegenüber. Das wichtige, ja das einzige Kriterium ist die Amnesie, und die Erklärung, von nichts zu wissen, ist ebenso bequem wie beliebt. In gewissen klassischen Fällen, wobei die gesamte psychische Persönlichkeit des Inkulpaten in schroffem Gegensatze zur Tat steht, wird ja an der Echtheit der Amnesie nicht zu zweifeln sein. Allein in der Praxis handelt es sich zumeist gerade um Individuen, die auch sonst vielfach kriminell waren, um bekannte Säufer, Messerhelden u. dgl. Daß bei verschiedenen Examina sich Widersprüche in den Aussagen des Exploranden ergeben, daß er heute von nichts wissen will, was er vielleicht gestern noch selbst eingestanden, darf nach dem oben Gesagten noch nicht als Beweis für Simulation der Amnesie gelten, ebensowenig der Umstand, daß die Tat aus an sich bei dem Inkulpaten begreiflichen und plausiblen Gründen erfolgte, wenn z. B. dem Delikte eine adäquate Gemütserregung vorausgegangen war. Umgekehrt folgt aus dem Nachweise sicherer epileptoider Antezedentien nicht ohneweiters, daß auch im konkreten Falle der Erinnerungsdefekt echt sein muß. Eines darf als sicher gelten: die Grenzen der Amnesie können sich nach vor- oder rückwärts einengen oder ausbreiten. Allein für einen gewissen Zeitabschnitt ist die Amnesie eine komplette, umfaßt lücken- und ausnahmslos sämtliche Einzelheiten, die sich währenddessen zugetragen. Ergibt sich bei Vergleichen möglichst genauer und sorgfältig mitgeschriebener verschiedener Explorationen, daß Inkulpat einige, wenn

auch ganz belanglose, mit dem Delikte in keinerlei Zusammenhang stehende Einzelheiten weiß, z. B. über manche Personen der Umgebung, die nachweislich erst im kritischen Augenblicke auf dem Tatorte erschienen waren oder dergleichen, dann ist die Simulation erwiesen. Mit Nutzen sind dabei oft Aussagen (Zellengenossen usw.) zu verwerten, denen gegenüber Inkulpat vielleicht Kenntnisse von Einzelheiten verraten hatte, die gerade in die Zeit der vorgeschützten Gedächtnislücke fallen. Zuweilen bewährt sich der Kunstgriff, den Inkulpaten außer dem realen Delikte über ein fingiertes zu befragen, das er auch in jenem „Rausche" begangen haben soll. Bei wirklicher Amnesie nimmt der Explorand bestürzt auch davon Notiz, während der Simulant sich leicht verleiten läßt, gegen die Imputation dieses einen Deliktes energisch sich zu verwahren, im Augenblicke nicht bedenkend, daß er ja überhaupt „von gar nichts" weiß.

Unbedingt muß zur Diagnose auch der Nachweis eines der erwähnten ätiologischen Momente gefordert werden, sowie der Nachweis, daß tatsächlich der Inkulpat vor der Begehung der Tat Alkohol konsumiert hatte.

Es hat diese eigenartige Form von Geistesstörungen ersichtlich mit den sogenannten alkoholischen Psychosen nur das eine gemeinsam, daß der Alkohol als ätiologisches Moment, und zwar hier als unmittelbar auslösender Faktor in Betracht kommt; im übrigen sind die engen Beziehungen des sogenannten „pathologischen Rauschzustandes" zu den epileptischen*) Geistesstörungen wohl unverkennbar.

Warum der pathologische Rauschzustand überhaupt so häufig die Betreffenden gerade kriminell werden läßt, erklärt sich wohl in der Weise, daß eine latente, bei normalen Bewußtseinsqualitäten durch entsprechende hemmende Gegenvorstellungen unterdrückte verbrecherische Neigung nunmehr bei pathologisch verändertem Bewußtseinszustand die Oberhand gewinnt und mit der Kraft eines impulsiven Triebes sich Geltung zu verschaffen vermag (vide auch sub „Impulsives Irresein"). Sehr häufig kommen ja pathologische Rauschzustände gerade bei den sogenannten „moral insanes" vor, wie auch die ätiologischen Momente (Heredität, Schädeltrauma usw.) beiden Zuständen gemeinsam sind.

Eine andere Form einer abnormen Alkoholreaktion stellt die sogenannte „trunkfällige Sinnestäuschung" dar. Bei chronischen Säufern können unter der Einwirkung einer größeren einmaligen Alkoholzufuhr verschiedene Sinnestäuschungen, illusionäre Verkennung der Umgebung, echte Halluzinationen schreckhaften Inhaltes und dementsprechend starke Angstaffekte sich einstellen, welche zu sehr ge-

---

*) Über hysterische Alkoholreaktion vide sub Kapitel XIV.

fährlichen Angriffen führen. Die Erinnerung pflegt dürftig zu sein, jedoch besteht zumeist nicht völlige Amnesie.

* * *

Abgesehen von der oben geschilderten habituellen psychischen Veränderung der Gewohnheitssäufer kommen auf dem Boden des lange fortgesetzten Alkoholmißbrauches auch chronische Psychosen s. str. vor. Deren wichtigste in klinischer wie forensischer Beziehung ist die

## D. Alkoholparanoia

(Eifersuchtswahn der Trinker).

Die Wahnbildung dreht sich hier um die Überzeugung von der Untreue der Ehehälfte.*) Der Inhalt hat demnach an sich nichts, was a priori schon als „krankhafte" Idee auch dem Laienauge sich ergeben würde. Das Wesentliche liegt in dem Mechanismus der Wahnbildung, in der Art und Weise, wie der Kranke zu dieser Überzeugung gelangt. Wir begegnen nämlich hier wieder den typischen Zügen der echten paranoischen Wahnbildung, der Beziehungssucht, dem Zusammensuchen zahlloser an sich realer, aber harmloser Einzeldaten, die nun im Sinne einer bestimmten Wahnidee interpretiert und gedeutet werden, der starren Unkorrigierbarkeit usw. Entsprechend der durch den fortgesetzten Alkoholmißbrauch gesteigerten Libido, aber gleichzeitig sinkenden Potenz, entsprechend dem unglücklichen zerrütteten Familienleben, der Entfremdung der Ehegatten usw., woran der Alkoholiker selbst schuld ist, bemerkt er bald, daß seine Frau „zu ihm nicht mehr so ist wie früher"; sie muß es folglich mit anderen halten.**) Die Zechkumpane lassen allerlei zweideutige Anspielungen fallen, sie tuscheln über ihn, schauen einander bedeutungsvoll an und verstummen plötzlich, wenn Patient ins Wirtshaus tritt. Die Frau ist immer so unwirsch, abweisend, verweigert den Beischlaf (wenn der brave Ehemann stockbesoffen aufs Bett fällt), oder, im Gegenteile, die Frau ist heute auffallend freundlich, „natürlich" wegen des schlechten Gewissens. Ich konnte einmal in derselben Vorlesung zwei solche Kranke

---

*) Eifersuchtswahn wird, ohne alkoholische Genese, außerdem beobachtet bei senilen und präsenilen Individuen (vide Kapital VIII, A, a), als episodisch auftretende Störung bei manchen Formen menstruellen Irreseins; zuweilen lange Zeit hindurch ohne fortschreitende Systemisierung und anderweitige Wahnideen bei der gewöhnlichen Paranoia, hie und da bei Tabikern.

**) Recht oft ist es so, daß lange vor Manifestwerden des typischen Krankheitsbildes der Trinker zunächst nur im berauschten Zustande Eifersuchtsideen äußert, welche er, sobald er wieder ernüchtert ist, in völlig einsichtiger Weise als unbegründet erkennt. Erst allmählich setzen sich die Wahnvorstellungen dauernd fest.

vorstellen. Der erste deutete das schlechte Aussehen seiner Frau als Folgen, sohin Beweismittel ihrer maßlosen Ausschweifungen. Der zweite meinte, seine Frau schaue ihm zu gut aus: „Ja, woher nimmt sie denn das Geld? Natürlich wird sie ausgehalten!“ Kommt der Mann einmal zur ungewohnten Stunde nach Hause, dauert es auffallend lange, bis ihm geöffnet wird. Die Kinder passen auf der Straße vor seiner Wohnung auf und pfeifen oder singen, wenn er kommt, „natürlich“ um die Frau oben mit ihrem Galan rechtzeitig zu warnen. Die Frau ist so eigentümlich verlegen, ihre Kleider, die Wäschestücke im Bett sind zerknittert, in der Wäsche der Frau bemerkt er verdächtige Flecken. Findet sich aber nichts dergleichen, so wurden die verräterischen Wäschestücke eben rechtzeitig versteckt. Ausbleiben einer Regel wird als sicherer Beweis für außereheliche Schwängerung, Wiedereintritt der Menstruation als Beweis einer kriminellen Fruchtabtreibung erachtet. Viele Kranke untersuchen in der brutalsten Weise die Genitalien ihrer Frau und erblicken nun in dem Aussehen der Geschlechtsteile Bestätigungen für ihren Verdacht eines ehebrecherischen Umganges („die F . . . war in der letzten Zeit viel weiter als früher, immer entzündet,“ versicherte mir ein Alkoholiker). Höchst unterstützend wirken halluzinatorische Elemente, z. B. die nächtlichen abortiven Delirien; die Patienten nehmen nächtlich irgendwelche schwarze Gestalten wahr, die schleunigst verschwinden, sobald Licht gemacht wird, im Nebenzimmer hören sie die tappenden Schritte des flüchtenden Liebhabers; gastrische Beschwerden des Säufers werden im Sinne von Vergiftungsideen gedeutet usw.

Ganz stereotyp kehrt die Äußerung wieder, daß das ehebrecherische Pärchen zwar niemals in flagranti ertappt worden sei, aber alle die Umstände führen die Sprache des zwingenden Beweises. „Da müßte ja einer ein Vieh sein, wenn er das nicht bemerkt,“ meinte einer meiner Kranken. In manchen Fällen dagegen berichten die Kranken unter Ausmalung aller Einzelheiten, wie sie durch das Schlüsselloch dem Geschlechtsverkehre der Gattin zugeschaut hätten. Auffallenderweise nun schreiten gerade bei derartigen Wahrnehmungen die Patienten nicht ein, so daß — in Anbetracht der sonstigen eminent brutalen Reaktionen der Gewohnheitssäufer — es sich wahrscheinlich bei solchen Berichten nicht um delirante Vorkommnisse, sondern um Erinnerungsfälschungen handeln dürfte.

Oft erhellt das Wahnhafte der Eifersuchtsideen schon auf den ersten Blick durch die ganz unsinnigen Dimensionen, welche dieselben annehmen können. Der Mann beschuldigt seine Frau des geschlechtlichen Umganges nicht nur mit einer einzelnen bestimmten Persönlichkeit, sondern mit einer ganzen Reihe, sie lasse sich von den eigenen Söhnen, vom Vater, Bruder usw. gebrauchen; mit

Offizieren, Studenten, Kutschern, kurz mit allen Männern, mit denen sie überhaupt zu tun hat, hintergeht den armen braven Familienvater seine Frau. Der Richter selbst wird oft beim Anhören dergleichen Anschuldigungen stutzig, zumal, wenn dann diese „Messaline" erscheint, ein häßliches, abgezehrtes und abgehärmtes Weib, vielleicht schon jenseits des klimakterischen Alters.

Die Reaktion der mit Eifersuchtswahn behafteten Alkoholiker auf diese Wahnideen führt bei der habituellen Roheit und psychischen Entartung der Gewohnheitssäufer zu den entsetzlichsten Szenen; wahre Jammerbilder menschlichen Elends entrollen sich, wenn man ein solches Familienleben schildern hört. Unflätige Beschimpfungen, brutale Tätlichkeiten sind an der Tagesordnung, sehr häufig aber kommt es zu den gefährlichsten Angriffen, zu Totschlag und Mord.

Die Prognose quoad sanationem ist sehr ernst, doch nicht absolut hoffnungslos. Unter langdauernder völliger Abstinenz — die Anstaltsinternierung ist ja wegen der eminenten Gemeingefährlichkeit dieser Kranken ohnehin dringend geboten — ist Heilung möglich. Doch muß gerade hier der Gedanke an Dissimulation besonders sorgfältig erwogen, eine vorzeitige Entlassung möglichst vermieden werden. Einer unserer Kranken, der ungeheilt in eine andere Anstalt abtransferiert worden war, wußte durch geschickte Dissimulation seine Entlassung zu erzielen und ermordete an demselben Tage, an welchem er „geheilt" entlassen worden war, seine Frau. Nicht selten beobachtet man auch den Übergang des alkoholischen Eifersuchtswahnes in eine gewöhnliche chronisch progressive Paranoia.

## Anhang zu Kapitel VI.

### Die Korsakoffsche polyneuritische Psychose.

Das eigenartige Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch schwere Störungen der Merkfähigkeit (dadurch Gedächtnisverlust für jüngst erworbene Vorstellungskomplexe, Desorientiertheit usw.) mit auffallendem Konfabulieren, während sich physischerseits mehr minder deutliche Erscheinungen einer Polyneuritis, zuweilen auch von Polioencephalitis superior darbieten.

Diese Psychose sei im Anschlusse an die Geistesstörungen beim Alcoholismus chronicus erörtert, da dieser in der überwiegenden Mehrheit der Fälle den ätiologischen Faktor abgibt; doch sei hier nachdrücklich betont, daß derselbe klinische Symptomenkomplex auch bei sicher fehlender alkoholischer Anamnese unter dem Einflusse anderer toxischer Schädlichkeiten zustande kommen kann.

Das Zustandsbild findet sich in selteneren Fällen z. B. auf luetischer Basis, bei Meningitis tuberculosa, bei Hirngeschwülsten, nach Infektionskrankheiten, nach Leuchtgas- und Stickstoffoxydvergiftung, gastrointestinalen Intoxikationen usw.

Manchmal kommt als unmittelbare und alleinige Ursache ein schweres mit Gehirnerschütterung einhergehendes Schädeltrauma in Betracht. Im direkten Anschlusse an die Commotio cerebri setzt der Korsakoffsche Symptomenkomplex ein, selbstverständlich in derartigen Fällen ohne die peripher polyneuritischen Erscheinungen, um nach einigen Tagen bis mehreren Monaten in Heilung überzugehen. Auch bei wiederbelebten Erhängten wurde dergleichen beobachtet.

### a) Symptomatologie.

#### α) Psychisch.

Das auffallendste Symptom bildet eine eigentümliche Gedächtnisstörung, deren Wesen in hochgradig herabgesetzter, bis fehlender Merkfähigkeit erkannt werden kann. Während die Patienten über Ereignisse aus ihrer Kindheit, ihrem früheren Leben leidlich unterrichtet sind, der Namen ihrer Schulfreunde, Lehrer usw. sich erinnern können, bleiben neue Eindrücke nicht haften, gehen sofort wieder verloren. Zum Merken aufgegebene Zahlen, Namen usw. vermögen die Patienten schon nach kurzer Zeit, oft nach wenigen Augenblicken, nicht mehr zu reproduzieren. Dadurch kommt einmal eine eigentümliche Desorientiertheit zustande, die aber wohl von der allgemeinen Verwirrtheit, z. B. der Amentia, abgrenzbar ist. Der Gedankengang der Patienten ist nicht zerfahren, bewegt sich in geordneten Bahnen, allein sie wissen nicht, wo sie sich befinden, seit wann sie z. B. in der Irrenanstalt sind, was sie gestern getan, ob und welche Mahlzeit sie heute zu sich genommen; sie können sich nicht die Namen und den Stand der Personen ihrer Umgebung merken, die Ereignisse der letzten Zeit gehen spurlos an ihnen vorüber, sie vermögen nicht sich Rechenschaft zu geben über die zeitliche Aufeinanderfolge derselben usw. Sehr häufig erstreckt sich diese eigenartige Amnesie nicht bloß auf die Zeit der Erkrankung, sondern retrograd auf Zeitabschnitte zurück, da die Patienten nachweislich noch vollständig gesund waren, z. B. eine Kranke, verheiratete Frau und Mutter mehrerer Kinder, reagierte gar nicht auf ihren Namen, sondern nur auf den Familiennamen, den sie als Mädchen geführt. Aus ihrem Gedächtnis war die Tatsache ihrer Ehe, daß sie Kinder geboren usw. wie mit einem nassen Schwamm ausgetilgt.

Ein zweites Hauptsymptom stellt das eigentümliche Konfabulieren der Kranken dar. Die Kranken füllen die Gedächtnislücken durch allerlei Erinnerungsfälschungen (Paramnesien) aus, welche sich durch

Suggestivfragen leicht in beliebige Richtung lenken lassen. Der Kranke weiß z. B. nicht, was tatsächlich am Tage vorher mit ihm vorgenommen worden war, daß er z. B. behufs elektrodiagnostischer Untersuchung vom Krankenzimmer in einen anderen Saal der Klinik geführt worden war, od. dgl.; allein er erzählt auf Fragen, was er gestern getan, daß er spazieren war, Einkäufe besorgt habe usw., oder der Patient erwidert auf die Frage, wo er gestern gewesen, zunächst „ich weiß es nicht", glaubt aber über die Einrede des Arztes, er sei gestern mit ihm spazieren gewesen, nicht bloß sofort, darauf sich besinnen zu können, sondern beschreibt nun in den allerminutiösesten Einzelheiten den Weg, den sie bei diesem Spaziergange eingeschlagen, welche Bekannte sie dabei getroffen, wo sie eingekehrt waren, was sie verzehrt hatten usw. Zuweilen sind es einfache Reminiszenzen aus dem früheren Leben, die der Kranke nunmehr als Ereignisse der letzten Tage auftischt, Berichte aus der militärischen Dienstzeit usw. Zuweilen nimmt dieses Konfabulieren aber ganz abenteuerlichen phantastischen Inhalt an, der manchmal noch unverkennbare Züge eines Alkoholdeliriums erkennen läßt, manchmal wieder an die rasch wechselnden ungeheuerlichen Größenideen der Paralysis progressiva erinnert. Die Kranken erzählen von wunderbaren Jagdabenteuern, daß sie gestern Hunderte von Leoparden und Tigern geschossen hätten, daß sie den russisch-türkischen Krieg mitgemacht, mit dem Wagen stecken geblieben seien, die Pferde hätten trotz allen Peitschens nicht weitergehen können usw.

Diese Delirien sind keineswegs fix, sondern wechseln rasch und sind geradeso wie die früher erwähnten Erinnerungsfälschungen durch geeignetes Examinieren ungemein beeinflußbar.

Halluzinationen können in einzelnen Fällen reichlicher vorkommen, namentlich in den Anfangsstadien, haben da häufig exquisit alkoholische Färbung, fehlen aber in einer ganzen Reihe von Fällen vollständig.

Die Stimmungslage ist verschieden. Zuweilen sind sich die Kranken ihrer geistigen Störung bis zu einem gewissen Grade bewußt, zeigen jenen gewissen ängstlich-traurigen, weinerlichen Ratlosigkeitsaffekt, wie er so oft bei der Amentia angetroffen wird; in anderen Fällen wieder besteht ein ziemlich gleichmäßig apathisch-euphorisches Stimmungsgemisch, wie z. B. bei der Paralysis progressiva. Einmal beobachtete ich einen dauernd zornigen, reizbaren Affekt bei einem Kranken, dem infolge einer eigentümlichen Paramnesie sämtliche Kleidungsstücke, Gebrauchsgegenstände usw. in seiner Umgebung als bekannt und ihm gehörig erschienen. Derselbe schimpfte dauernd in erregtem Tone, daß die Falloten seine Kleider, die sie ihm gestohlen, trügen, daß er gestern noch die goldene Uhrkette besessen, die er jetzt beim Arzte wahrnehme usw.

In ihrem Gebaren sind die Kranken nicht sonderlich auffallend, sie sind äußerlich, in der Befriedigung ihrer körperlichen Bedürfnisse usw. meist geordnet, stehen prompt Antwort und Rede. Manchmal machen die Patienten aber einen eigentümlich somnolenten stuporähnlichen Eindruck, liegen die meiste Zeit schlafend dahin, schwer besinnlich, verlangsamt im Auffassen und in der Reaktion auf äußere Reize, etwa wie ein Kranker mit Hirntumor, also, wohlgemerkt, auch in Fällen, in welchen das Krankheitsbild lediglich alkoholischer Genese ist, nicht etwa dort, wo es nur Teilsymptom eines Tumor cerebri ist.

β) Somatisch.

Von den leichtesten neuritischen Veränderungen angefangen, welche sich eben nur bei sehr genauer Prüfung mit feinen Untersuchungsmitteln nachweisen lassen, bis zu den schwersten Symptomen von Polyneuritis (Lähmungen, E. A. R. usw.) kommen alle möglichen Grade dieser Nervenerkrankung vor. Bemerkenswert ist aber, daß die Schwere der psychischen Erscheinungen ganz unabhängig zu sein scheint von der Intensität der körperlichen Symptome. Unter meinen Kranken befand sich z. B. ein typischer Fall von nach einem Alkoholdelirium einsetzender schwerer Korsakoffscher Psychose, bei welchem aber neuritische Veränderungen so geringfügig waren, daß sie überhaupt nur durch eine am Myogramme ersichtliche Zuckungsträgheit der kleinen Fußmuskulatur auf elektrische Reizung nachgewiesen werden konnten. In einzelnen Fällen gesellen sich auch Erscheinungen einer Polioencephalitis superior hinzu, sich äußernd in den verschiedensten bei dieser Krankheit eben bekannten Augenmuskellähmungen.

**b) Verlauf und Prognose.**

Zuweilen schließt sich das Zustandsbild der Korsakoffschen Psychose unmittelbar an ein Alkoholdelirium an, dann häufig derart, daß letzteres nicht seine kritische Lösung findet, sondern sich protrahiert, zuweilen wieder leiten alkohol-epileptische Anfälle den Korsakoffschen Symptomenkomplex ein. In selteneren Fällen entwickeln sich die Erscheinungen ganz allmählich unter dem Bilde zunehmender Vergeßlichkeit. Der Prozeß selbst ist sehr chronisch, meist überdauern die psychischen Erscheinungen lange die körperlichen. Es währt viele Monate, bis sich die Störungen der Merkfähigkeit soweit gebessert haben, daß die Kranken wenigstens bei oberflächlicher Prüfung geheilt erscheinen, z. B. wieder berufsfähig werden. Wirkliche Genesung ohne jeden Defekt ist überhaupt selten.

Auch die Prognose quoad vitam darf nicht unbedingt günstig gestellt werden. Todesfälle namentlich in den ersten akuteren Stadien

wurden mehrfach beobachtet, im Kollaps, unter Zeichen von **Herzschwäche**, Dyspnoe; einmal beobachtete ich sehr bedrohliche **Erscheinungen** seitens des Vagus gelegentlich der Prüfung desselben auf **Druckempfindlichkeit**. Eine bessere Prognose quoad durationem et **sanationem** geben manche der traumatisch oder luetisch bedingten **Fälle**.

### c) Ätiologie.

Wie schon eingangs erwähnt, entstehen zwar sehr viele Fälle auf dem Boden des chronischen Alkoholismus, manchmal jedoch handelt es sich um toxische Schädlichkeiten anderer Art (gastrointestinale Autointoxikation z. B.). Dieser Umstand sowohl wie die Tatsache, daß auch die periphere Polyneuritis und die Polioencephalitis superior nicht nur bei chronischem Alkoholmißbrauche beobachtet wird, sondern durch verschiedene andere Vergiftungen zustande kommen kann, legen den Gedanken nahe, daß es sich auch in den Fällen mit nachweislich alkoholischer Anamnese gerade so wie beim Delirium tremens nicht um eine einfache Summation der Alkoholvergiftung an sich handeln dürfte, sondern um eine schwere Allgemeinerkrankung, um eine Vergiftung, für welche der chronische Alkoholismus nur eine vermittelnde Rolle abgibt (Psychopathia polyneuritica toxaemica). Bezüglich traumatischer Ätiologie vide oben.

### d) Pathologische Anatomie.

Abgesehen von den bekannten Bildern der Polyneuritis und Polioencephalitis superior acuta haemorrhagica, welche bei einzelnen Fällen gefunden wurden, ergab die histologische Untersuchung akutere Degenerationen auch in anderen Teilen des Zentralnervensystems, z. B. in den Kleinhirnbahnen usw.

### e) Therapie.

In den akuten Fällen hat man so vorzugehen wie bei akuten Psychosen, bei welchen toxische Momente ätiologisch verantwortlich gemacht werden (vide sub Delirium alcoholicum und Amentia). Besonderes Augenmerk schenke man dem Verhalten der Herztätigkeit (Kampfer, Strophantus usw.). Leider läßt sich der Exitus gelegentlich trotz aller therapeutischen Anstrengungen nicht verhindern. In den späteren Stadien ist die Therapie so gut wie ohnmächtig. Die polyneuritischen Erscheinungen heilen mit oder ohne Elektrotherapie. Der Ausgleich der psychischen Störungen läßt sich in keiner Weise beschleunigen. Methodische Gedächtnisübungen, welche in den ersten Monaten vollständig nutzlos sind, ja sogar schädlich wirken sollen, mögen in der Rekonvaleszenz immerhin versucht werden. Absolute Alkoholabstinenz versteht sich von selbst. Bei luetischer Ätiologie ist natürlich energische antisyphilitische Kur geboten; bei Tumoren käme eventuell, d. h. bei Lokalisierungsmöglichkeit, die Operation in Betracht.

# IV. Die Verblödungsprozesse.

VII. KAPITEL.

## DEMENTIA PARALYTICA (PARALYSIS PROGRESSIVA).

Die progressive Paralyse ist gekennzeichnet durch einen fortschreitenden Verfall in der geistigen und physischen Sphäre, der zu völliger Vernichtung jeglichen psychischen Lebens und unter eigenartig charakteristischen somatischen Erscheinungen innerhalb einiger Jahre zum Exitus führt.

### A. Symptome.

#### a) Psychische.

Das Wesentliche der Erkrankung ist eine progressive Abnahme aller psychischen Funktionen. Diese zunehmende Verblödung, welche in keinem Falle von progressiver Paralyse fehlt, kann während des ganzen Verlaufes der Erkrankung als einzige psychische Störung bestehen; oder es können daneben noch andere psychopathische Zustandsbilder (Manien usw.) in Erscheinung treten, welche aber durch den bestehenden Grundprozeß der Verblödung in charakteristischer Weise beeinflußt und modifiziert werden. Dementsprechend kann man auch eine einfache paralytische Demenz und paralytische Geistesstörungen unterscheiden.

#### α) Paralytische Demenz.

Ganz allmählich vollzieht sich eine Charakterveränderung, die, vom Kranken selbst gar nicht bemerkt, die Angehörigen mit immer lebhafterer Sorge erfüllt. Die Kranken werden eigentümlich reizbar. Unbedeutende Anlässe lösen maßlose Wutausbrüche aus, die ebenso schnell wieder verrauchen wie sie entstanden. Auf Kleinigkeiten hin

reagiert ein vorher feingebildeter, herzensguter Mann nun mit brutalen Schimpfworten, sogar Tätlichkeiten. Die Kranken verlieren das Gedächtnis, werden auffallend zerstreut, unaufmerksam, teilnahmslos gegen ihren Beruf, gegen ihre Umgebung, schläfrig, ermüden sehr leicht, ohne daß dieser Zerstreutheit oder Ermüdbarkeit eine adäquate Ursache entsprechen würde (intensive Beschäftigung mit einem Problem usw.). Von der Einbuße des Gedächtnisses werden nicht alle Vorstellungen gleichzeitig befallen. Jüngst erworbene Vorstellungen, sowie solche, die nur geringe assoziative Verknüpfung haben, leiden zuerst (Namen usw.), während die Vorstellungen, die sich in ausgeschliffenen Bahnen bewegen, noch sehr lange Zeit dem Kranken völlig intakt zur Verfügung stehen können. Einer meiner Kranken z. B. hatte seinen Beruf (Kanzlist) noch bis zu dem Tage recht und schlecht ausgeübt, an welchem er zur Aufnahme kam, weil er nicht mehr nach Hause gefunden hatte und in den Straßen herumirrend aufgegriffen wurde.

Dadurch, daß rein mechanische Gedankenarbeit verhältnismäßig später durch den zunehmenden geistigen Verfall alteriert wird, können grobe Defekte längere Zeit mehr minder latent bleiben, welche aber sofort sich erweisen, wenn in der bisherigen Tätigkeit eine noch so belanglose Veränderung gesetzt wird. Der Patient, der z. B. die Monate oder Wochentage tadellos aufsagen kann, bringt dies nur schlecht oder überhaupt nicht zuwege, wenn er aufgefordert wird, dies in umgekehrter Reihenfolge zu tun; der Kranke, der gewohnt ist, bei Rechenaufgaben die größere Zahl mit der kleineren zu multiplizieren, stutzt und begeht Fehler, wenn ihm dasselbe Exempel umgekehrt vorgelegt wird; er rechnet z. B. $6 \times 17$ richtig aus, versagt aber bei der Aufgabe $17 \times 6$, merkt auch gar nicht, daß es sich um dieselbe Aufgabe handelt usw. Gerade beim Rechnen zeigt sich schon früh die Gedächtnisstörung recht deutlich, indem die Kranken z. B. das kleine Einmaleins (mechanisch) vollkommen beherrschen, beim Operieren mit mehrstelligen Ziffern aber das Übertragen der resultierenden Zehner, Hunderter usw. in die jeweilige Kolonne vergessen. (Selbstverständlich kommt hiebei auch der Bildungsgrad und Beruf in Betracht. Ein Bauer wird sich diesbezüglich anders verhalten als etwa ein Bankbeamter.) Meistens ist es auch so, daß die Patienten nicht im stande sind, nachdem sie aufmerksam gemacht wurden, selbst die begangenen Rechenfehler zu entdecken und zu korrigieren. Gerade bei derartigen Prüfungen gibt sich übrigens die eigenartige, wie traumhaft verlorene paralytische Kritiklosigkeit, die schon frühzeitig zur Geltung kommt, häufig schon darin in unverkennbarer Weise kund, daß es den Kranken überhaupt nicht weiter auffällt, daß ihnen, gleich Schuljungen, Rechenaufgaben vorgelegt werden.

In sehr charakteristischer Weise prägt sich die Gedächtnis-

störung*) und eigentümliche Kritiklosigkeit in den Handlungen der Kranken aus.

Der Kranke begeht allerlei Verstöße, Lapsus, deren jeder einzelne für sich auch einem Gesunden passieren kann, deren zunehmende Häufigkeit aber den unheilvollen destruktiven Prozeß verrät. Jeder Gesunde kann irgendeinen Auftrag, eine verabredete Zusammenkunft vergessen; allein er wird sich nachträglich ohneweiters daran erinnern, durch sein Vergessen peinlich berührt sein. Der Paralytiker hat nicht bloß einen Auftrag vergessen, sondern es ist ihm auch ganz entschwunden, daß er überhaupt einen solchen bekommen hat. Der Kranke geht in höchst mangelhafter Toilette auf die Straße, vergißt seinen Hut zu Hause oder umgekehrt, er behält denselben an Orten auf, wo dies unschicklich ist, z. B. in der Kirche; der Kranke geht in das Wirtshaus und will ohne zu zahlen davongehen, oder hat vergessen, daß er die Zeche schon beglichen hat, und will neuerdings bezahlen. Der Koch setzt Speisen auf den Herd und vergißt Feuer anzumachen, der Kranke steht von der Table d'hôte auf und will seelenruhig coram publico seine Notdurft verrichten; die Kranken vernachlässigen ihr Äußeres, werden in ihren Umgangsformen auffallend salopp; ein gebildeter Mann benimmt sich in Gesellschaft wie ein Bauer, pfeift, gähnt, stochert in der Nase, läßt einen Flatus von sich, nickt ein usw. Alle diese Züge von Zerstreutheit werden immer zahlreicher, immer häufiger, ohne daß sich der Kranke darüber irgendwelche besondere Gedanken machen würde, ohne daß sie ihn beunruhigten. Die Stimmung weist vielmehr ein höchst charakteristisches Gemisch von Apathie und Euphorie auf. Die Kranken sind mit allem zufrieden und einverstanden, finden alles gut und in der Ordnung. Die initiale Reizbarkeit ist meist ganz geschwunden, die Patienten sind gutmütig, leicht trätabel. Die Demenz schreitet vorwärts, und zwar nicht bloß die Gedächtnisstörung, immer mehr verliert der Kranke die Fähigkeit der Kritik und der Überlegung; die Patienten weisen eine eigentümliche geistige Kurzsichtigkeit auf; so kommt es zu allerlei Handlungen, welche ganz an die berühmten Schildbürgerstückchen erinnern. Einer unserer Kranken wurde dabei betreten, als er auf dem Geleise der Stadtbahn im Schweiße seines Angesichtes einen schweren Handwagen zog, auf dem ein bißchen Reisig lag. Motivierung: Der Kranke hatte die Holzstämmchen auf der Gasse aufgeklaubt, um sie nach Hause zu tragen; als sie ihm zu beschwerlich wurden, eignete er sich einen vor einem Geschäfte stehenden Handwagen an, um so die „Last" leichter transportieren zu können. Ein anderer Kranker,

*) Die allgemeine Gedächtnisschwäche der Paralytiker hat in vereinzelten seltenen Fällen ganz den eigenartigen Typus der unter dem Korsakoffschen Symptomenkomplexe geschilderten Amnesie mit Erinnnerungsfälschungen, Konfabulation und Suggestibilität.

der in manischer Erregung (vide später) eine ihm vorher ganz unbekannte Frauensperson bis zu deren Wohnung verfolgte und dem die Tür vor der Nase zugeschlagen ward, avisierte telephonisch die Feuerwehr, weil er schloß, die Feuerwehr müsse jetzt die verschlossene Tür erbrechen, und so könne auch er seinem Ideale sich nähern usw.

Diese Kritiklosigkeit der Paralytiker erleichtert anderseits ungemein ihre Behandlung. Diese Kranken geben sich bei ihrem geringen, respektive mangelnden Kausalitätsbedürfnis mit der ersten besten Antwort zufrieden, sie sind ungemein leicht zu vertrösten. Derselbe Paralytiker, der bei der Visite stürmisch seine Entlassung verlangt, bescheidet sich gutmütig mit irgendeiner leeren Ausflucht, wartet noch „bis morgen", weil heute gerade schlechtes Wetter ist, weil der Wärter die Schlüssel verlegt hat usw. Die Kranken stehen ihrer Lage ganz verständnislos gegenüber, machen sich keine Gedanken über den Grund ihrer Internierung, über die Dauer ihres Anstaltsaufenthaltes, über ihre Zukunft. Der Patient ist „halt" hergekommen, weil's der Herr Doktor gesagt hat; er bleibt hier, bis er die Kleider bekomme usw.

Mit fortschreitender Demenz dämmern die Kranken teilnahmslos und initiativelos dahin, ohne Verkehr, ohne Beschäftigung, ohne Spontaneität, wunsch- und klaglos. Unter Zunahme der körperlichen Lähmungserscheinungen (vide unten) nimmt die geistige Verödung immer mehr überhand. Die Kranken müssen betreut werden wie die kleinen Kinder, gekleidet und gefüttert. Sie hantieren z. B. ratlos mit Wäschestücken, ohne zu wissen, was damit zu beginnen. Kranke, die vielleicht noch eine Spur von Verständnis zeigen und die ihnen gereichten Kleidungsstücke selbst anlegen können, werden damit nicht fertig, sobald das betreffende Objekt irgendwie in Unordnung gebracht wird, z. B. ein Ärmel umgestülpt worden ist; sie sind aber auch nicht im stande, das betreffende Hindernis zu entdecken, sie schicken sich an, Papierfetzen, Seife usw. zu verzehren, die ihnen zu Demonstrationszwecken zum Munde geführt wird, wollen aus einem mit Tinte gefüllten Glase trinken usw. Die Patienten führen schließlich ein rein vegetatives Dasein. Von sprachlichen Äußerungen ist keine Rede mehr, die Kranken bringen nur unartikulierte Laute hervor. In den terminalen Stadien tauchen wieder gewisse Reflexe auf, wie sie beim Säugling beobachtet werden. Nach jedem dem Gesichte genäherten Gegenstande (auch z. B. nach einem brennenden Zündhölzchen) sperren die Kranken den Mund auf, trachten nach demselben zu schnappen*). Schmerzhafte Reize lösen klägliches Wimmern

*) In manchen Fällen wird dieses eigenartige Phänomen übrigens auch schon zu einer Zeit beobachtet, da die Demenz noch nicht die höchsten terminalen Grade erreicht hat. Auch bei nicht paralytischen (z. B. arteriosklerotischen) Verblödungsprozessen läßt sich die fragliche Erscheinung gelegentlich wahrnehmen.

oder Schreien aus, aber keine koordinierten zweckdienlichen Abwehrbewegungen, sondern nur eine allgemeine motorische Unruhe.

### β) Die paralytischen Geistesstörungen.

Am häufigsten tragen die bei Dementia paralytica auftretenden funktionellen Geistesstörungen den Charakter der Manie. Wie beim nicht paralytischen Maniakus zeigt sich zunächst in den leichteren Graden eine bedeutende Steigerung in der Genußsucht, Unternehmungslust. Allein die paralytische Demenz, die geistige Myopie, das Unvermögen einer richtigen Abschätzung machen sich hier schon frühe geltend. Charakteristisch sind z. B. die echt paralytischen Masseneinkäufe. Der Kranke beginnt zu verschwenden, aber „es fällt ihm nicht viel ein", er kauft daher z. B. gleich 12 Hüte oder Anzüge auf einmal oder dermaßen große Quantitäten von Lebensmitteln, daß sie vielleicht eine ganze Kompanie nicht in einer Woche aufessen könnte; der Kranke kauft Holzvorräte ein, die er in seinem kleinen Keller gar nicht unterbringen kann, Pferde und Wagen, ohne einen Stall zu besitzen usw.

Oft tragen die Einkäufe an sich noch nicht den Stempel dieser kritiklosen Unmäßigkeit, sind aber doch dadurch verdächtig, daß sie im Mißverhältnisse stehen zu den bescheidenen Einkünften des vorher sparsamen Kranken. Ein kleiner Beamter bringt auf einmal allerlei erlesene Leckerbissen nach Hause, oder Kleinodien; ebenso schnell wie der Kranke mit dem Einkaufen bei der Hand ist, ebenso leicht ist er geneigt, alles und jedes wieder herzuschenken.

In der gesteigerten sexuellen Erregung begeht der beginnende Paralytiker Handlungen, wie sie auch der Maniakus auszuführen imstande ist, allein mit noch mehr Rücksichtslosigkeit; der Kranke plaudert die intimsten ehelichen Geheimnisse aus, rühmt vor Fremden die geschlechtlichen Vorzüge seiner Frau, verlangt von der Gattin coram infantibus den Koitus, bringt sich Prostituierte in sein Familienheim, ehelicht, wenn unverheiratet, die erste beste Straßendirne usw. Auch Diebstähle und andere Delikte werden mit der größten Plumpheit und ohne jegliche Hemmung oder Reflexion ausgeführt. Der Kranke nimmt einfach, was ihm in die Augen sticht, entwendet bei hellichtem Tage aus einer Warenauslage irgend ein Stück usw.

Bald aber kommt es zu den ganz pathognostischen Größenideen (Megalomanie). Die Größenideen der Paralytiker zeichnen sich durch folgendes aus. Einmal sind sie nicht fix, sondern flüchtiger Art, lassen sich durch Suggestivfragen in beliebige Richtung lenken, rasch steigern, aber auch vorübergehend korrigieren. Ferner tragen sie den ganz unverkennbaren Stempel der Kritiklosigkeit, der

Demenz an sich durch ihre Maßlosigkeit und dadurch, daß sie ganz unvereinbar, widersprechenden Inhaltes sein können. Der Kranke ist Feldmarschalleutnant, Kaiser, Zar, Gott, Hebamme, der schönste Mann der Welt, kann 100.000 Weiber befriedigen, besitzt ungezählte „Milliomarden", Menagerien mit sprechenden Tieren, wird alle Haupttreffer machen, indem er „einfach" alle Lose zusammenkauft, hat das Perpetuum mobile erfunden („das ist sehr einfach, das sind hunderttausend Räder in einem Uhrwerk, und das braucht man nur einfach täglich aufzuziehen"), Tunnels durch die ganze Erde gebaut, beherrscht 56 Sprachen, „darunter auch einige fremde", singt Tenor, Baß und Sopran, kann 20.000 Zentner stemmen, ist 500 Kilo schwer, seine Augen sind Diamanten, sein Kot Gold, sein Glied sei so groß, daß fünf Personen darauf tanzen können, er könne Tote lebendig machen, die Arteriosklerose heilen, indem er einfach die Arterien herausnehme, mit Benzin putze und den Kalk verbrenne usw. Irgend eine Systemisierung fehlt, ebensowenig aber auch zieht der Kranke irgendwelche Konsequenzen aus seinen Größenideen. Mehrere Paralytiker auf derselben Abteilung, die alle Kaiser von Österreich sind, vertragen sich ausgezeichnet miteinander. Der „allerreichste Rothschild" bettelt bei der Visite um eine Zigarette oder eine Kostaufbesserung, der Herrscher der Welt bittet dringend um seine Entlassung, da er seiner Frau beim Austragen der Wäsche helfen muß. Ein Kranker begrüßte stereotyp die Visite mit den Worten: „Ihre Majestät, meine Frau, läßt dem Herrn Doktor die Hand küssen, sie kann heute nicht kommen, weil sie in der Hofburg Zimmer reiben muß" usw.

Das Unvermögen einer richtigen Abschätzung der Werte und Dinge zeigt sich auch darin, daß ein Patient neben den ungezählten Milliarden noch als wichtige Ergänzung seinen kleinen Diurnistengehalt aufzählt, oder neben den vielen hohen Ämtern und Würden auch seinen Posten als Briefträger rühmt usw. Auffallend ist die große Gutmütigkeit dieser Kranken. All die nörgelnden, anmaßenden, antisozialen Züge des echten Maniakus fehlen meist bei derartigen Patienten. Sie wollen die ganze Welt teilnehmen lassen an ihrem Glück, verschenken Millionen, Titel, Gnaden usw. Die Kranken sind auch meist leicht zu behandeln, ungemein fügsam, gutmütig, rührselig.

Auch die Erregung auf psychomotorischem Gebiete fehlt nicht und zeigt sich unter anderem in dem „Sammeltrieb"; die Patienten haben meist alle Taschen vollgepfropft mit allerlei Unrat, Papierfetzen, Kieselsteinen, abgebrannten Streichhölzchen, Laub usw. All dieses repräsentiert große Schätze, wird aber gutmütig den visitierenden Wärtern oder Ärzten ausgeliefert. In den höheren Graden kommt es auch bei der progressiven Paralyse zu echter Tobsucht. Die Kranken zerstören, was ihnen in die Hände fällt, sind in steter rast-

loser Unruhe, schmieren mit den Speisen, mit ihren Exkrementen. Zuweilen besteht dabei ein hartnäckiger Selbstbeschädigungstrieb. In einer Art katatoner Bewegungsautomatie scheuern die Kranken unausgesetzt an einer Stelle der behaarten Kopfhaut herum, versuchen stets, sich Haupt- und Barthaare auszuzupfen (Trichotillomanie), wollen sich in den Augen herumbohren usw.

Motorische Erregung und Bildung von Größenideen brauchen durchaus nicht parallel zu gehen. Manche Patienten mit blühenden, unsinnigen Größenideen sind äußerlich geordnet, und umgekehrt läßt sich bei manchem schwer Tobenden irgendeine Megalomanie auch über Suggestivfragen nicht eruieren. Ein schwer tobsuchtartiges Bild beobachtet man bei der sogenannten galoppierenden Paralyse, unter der auch Bilder vorkommen, die als Delirium acutum imponieren können.

Weniger häufig finden sich depressive Zustandsbilder, welche dann meistens hypochondrischer Art sind. Auch hier wieder ist die Demenz, die Kritiklosigkeit in die Augen springend. Die Kranken liegen jammernd zu Bette, sie seien tot, heute schon fünfmal umgebracht, in den Abort gesteckt worden, sie hätten keinen Magen, kein Herz, seit vielen Jahren keinen Stuhl mehr gehabt, ja überhaupt niemals in ihrem Leben, der Kot sei ihnen schon bis ins Gehirn gedrungen, der Hals sei zugewachsen, so daß sie seit Monaten und Jahren nichts mehr essen könnten, es gehe gar nichts mehr hinunter, alles bleibe stecken (dabei verzehrt der Kranke mit dem größten Appetit seine Mahlzeit). Manchmal bequemen sich die Patienten dazu, ihre Äußerungen, die sie soeben getan, zu widerrufen oder zu modifizieren. Sie hätten zwar Hände und Beine und ein Herz usw., aber nur „ein bißchen“, „viel ist auch nicht mehr daran“ usw. Recht selten ist eine derartig hartnäckige Sitophobie, daß man zur Schlundsonde greifen muß.

Depressive und expansive Zustandsbilder können auch bei einem und demselben Kranken miteinander abwechseln, nach Art einer zyklischen Geistesstörung (zirkuläre Paralyse, vide später).

Abgesehen von den manischen und depressiven Zustandsbildern, welche die Hauptrepräsentanten der paralytischen Geistesstörungen bilden, werden noch in selteneren Fällen alle möglichen anderen psychopathischen Symptome bei Paralytikern beobachtet.

So sieht man gelegentlich einmal eigentümliche Verworrenheitszustände, ganz vom Charakter der Beschäftigungsdelirien der Alkoholiker, es kommen katatone Züge zum Vorschein (Katalepsie, Bewegungsautomatismus, Verbigeration, ein monotones Gefasel ganz sinnloser selbstgebildeter Wörter usw.), auch Halluzinationen können, wenn auch selten, in unzweifelhafter Weise bei der progressiven Paralyse

nachgewiesen werden (speziell echte Gesichtstäuschungen bei Kranken mit Optikusatrophie, Gehörshalluzinationen); relativ sehr selten sind Formen mit ausgeprägten systemisierten Wahnideen; derartige Kranke können längere Zeit für Paranoiker gehalten werden, bis irgendwelche schreiende Widersprüche in den Wahnideen, namentlich aber die somatischen Symptome über die Diagnose aufklären.

### b) Somatische Symptome.

#### α) Im Bereiche des Nervensystems.

1. Pupillenstörungen. Störungen der Pupillenreaktion sind diagnostisch besonders wertvoll, weil sie einerseits ungemein häufig sind (etwa in 70 bis 80% aller Fälle), anderseits oft schon ein Frühsymptom darstellen zu einer Zeit, da die psychischen Erscheinungen noch so wenig positive Anhaltspunkte für eine Diagnose darbieten, daß dieselbe zwischen Paralysis progressiva incipiens und Neurasthenie schwankt.

Es findet sich erstens häufig Anisokorie. Ungleichheit der Pupillen an sich ist für Paralysis progressiva absolut nicht charakteristisch, einen Wert hat aber diese Erscheinung dann, wenn z. B. nachgewiesen werden kann, daß sie sich erst in der letzten Zeit entwickelte (also nicht z. B. kongenital ist), und besonders darum, weil dieses Symptom dem Beobachter sofort sich aufdrängt und ihn veranlaßt, überhaupt die Prüfung der Pupillen vorzunehmen. Die Pupillen sind ferner oft stark miotisch oder auffallend weit; sie verlieren ihre kreisrunde Form, sind eckig, verzogen, entrundet.

Am wichtigsten ist aber das Bestehen des Argyll-Robertsonschen Phänomens, d. h. Starre der Pupillen auf Lichteinfall bei erhaltener akkommodativer Reaktion*).

Aus dem eben Gesagten geht eo ipso hervor, daß bei der Prüfung auf Argyll-Robertson der Einfluß der Akkomodation oder Konvergenz ausgeschaltet werden muß. Es ist daher ein Fehler, die Prüfung etwa derart vorzunehmen, daß man einfach beide Augen des zu Untersuchenden mit den Händen verdeckt und dann die Hand entfernt. Der zu Untersuchende entspannt ja unwillkürlich bei verdeckten Augen die

---

*) Bis vor kurzem war dieses Phänomen überhaupt nur bei Paralysis progressiva und Tabes bekannt. Jetzt wissen wir, daß in freilich extrem seltenen Fällen periodischen Irreseins diese Erscheinung als ein vorübergehendes Phänomen während der Dauer der psychotischen Phase auch beobachtet wurde, daß ferner der Alkoholismus oder andere Vergiftungen ohne Luës durch einen Polioencephalitis superior auch diese Erscheinung hervorrufen kann, und daß überhaupt die fragliche Erscheinung ohne Tabes oder Paralyse gelegentlich bei den verschiedensten Formen vorkommen kann, welche Syphilis aquiriert hatten, so bei Melancholie, Dementia praecox, multipler Sklerose, Arteriosklerose usw. usw.

Akkommodation, um sie, sobald er wieder fixiert, zu innervieren. Man sieht so eine Verengerung der Pupille, die man auf den Lichteinfall bezieht, während sie vielleicht in Wirklichkeit nur auf Rechnung der Akkommodationsanspannung zu setzen ist. Man muß also vielmehr während der Prüfung den Kranken einen bestimmten Punkt fixieren lassen und sich so die Möglichkeit einer Kontrolle verschaffen, ob der Patient wirklich ruhig fixiert. Man bediene sich dazu z. B. einer seitlich einfallenden Lichtquelle, während man das zu untersuchende Auge nicht verdeckt (d. h. dessen Anblick sich selbst entzieht), sondern nur beschattet. In zweifelhaften Fällen ist es am besten, die Untersuchung im Dunkelzimmer mittels eines Reflektors (Augenspiegels, elektrischen Taschenlämpchens usw.) vorzunehmen. Der völligen Lichtstarre der Pupillen geht bei gewissen Fällen ein Stadium mehr minder lange voraus, in dem die Reaktion nur träge und spurweise erfolgt. Fast ausnahmslos fehlt in den Fällen mit lichtstarren Pupillen auch die sympathische Pupillenreaktion, ja manchmal geht ein Fehlen der letzteren dem Argyll-Robertsonschen Phänomen voraus. Eine lichtstarre Pupille kann sich, wie neuester Zeit gezeigt wurde, noch verengen, wenn der Beobachtete einen kräftigen Lidschluß intendiert, der Beobachtende aber denselben durch Auseinanderhalten der Lider des zu Untersuchenden verhindert. Nach anfänglicher Verengung erfolgt dann bei Nachlaß des intendierten Lidschlusses eine Erweiterung der Pupille.

2. Von selteneren Symptomen im Bereiche des Augenapparates sind zu erwähnen: vorübergehende Augenmuskellähmungen (zuweilen wie bei der gewöhnlichen Tabes als Initialerscheinung beobachtet) und Optikuserkrankungen verschiedenen Grades (von einer leichten nur ophthalmoskopisch diagnostizierbaren Abblassung bis zur kompletten schweren Atrophie).

Am häufigsten findet sich die Sehnervenatrophie bei den Taboparalysen, kann aber auch unabhängig von einer Hinterstrangsaffektion vorhanden sein.

3. Die sub Abschnitt „pathologische Anatomie“ zu erörternden Rückenmarksaffektionen geben sich klinisch unter anderem in dem Verhalten der Reflexe kund*). Bei den Fällen mit Seitenstrangbeteiligung finden wir bedeutende Steigerung der Sehnenreflexe (auch Patellar- und Achillesklonus, seltener positiven Babinski) und Spasmen.

*) Nur nebenbei sei an gewisse Punkte aus der Neurologie erinnert, welche bei der Beurteilung und Prüfung der Sehnenreflexe von Wichtigkeit sind. Schwer auslösbare, ja anscheinend fehlende Patellarsehnenreflexe können durch den Vorgang der „Bahnung“ (z. B. Jendrassikschen Handgriff!) deutlich gemacht werden. Ein vorausgegangenes Bad, Kälte, der Gebrauch gewisser strychninhältiger Medikamente (z. B. Syrup. hypophosphytes Fellow oder dgl.) bedingt eine Steigerung an sich normaler Reflexe usw.

Bei den Fällen mit Hinterstrangsaffektionen (Taboparalyse) fehlen die Patellarreflexe; es besteht ein mehr minder hoher Grad von Leitungsataxie (echter Romberg), ganz abgesehen natürlich von der allgemeinen paralytischen Koordinationsstörung. Zuweilen können sich beide Prozesse kombinieren, man findet, oft schon im Prodromalstadium, Differenzen in den Reflexen zwischen rechts und links; bei einem und demselben Kranken, der z. B. im Beginn seiner Erkrankung gesteigerte Sehnenreflexe geboten hatte, werden dieselben im weiteren Verlaufe der Beobachtung schwächer, können schließlich überhaupt nicht mehr ausgelöst werden. In manchen Fällen geht die Tabes der Geistesstörung viele Jahre voraus („aszendierende Paralyse"). Auffallend ist die Seltenheit von lanzinierenden Schmerzen, gastrischen Krisen u. dgl. gerade bei den Taboparalysen.

4. Bemerkenswert und praktisch besonders wichtig ist der Einfluß des gleichzeitig bestehenden spinalen Prozesses auf die recht häufigen Blasenstörungen der Paralytiker. Zunächst muß allerdings vorausgeschickt werden, daß gar nicht wenig Fälle von Urinretention bei Paralytikern überhaupt nicht durch irgend eine Alteration des nervös-muskulären Apparates zu stande kommen, sondern sozusagen psychisch bedingt sind. Die Kranken sind zu dement, um auf eine geordnete Funktion der Blase zu achten, die Kranken vergessen gewissermaßen darauf, ihre Blase zu entleeren. Man kann oft sehen, wie die Kranken unruhig werden, sie empfinden dunkel irgendwelche Unlustgefühle, ohne sich über deren Ursache Rechenschaft geben zu können. Überraschend oft genügt hier die einfache wiederholte Aufforderung, den Urin zu entleeren, das Darreichen eines entsprechenden Gefäßes usw.

In vielen Fällen aber ist die Harnretention spinaler Art, und zwar handelt es sich bei den Seitenstrangparalysen um Kontraktionszustände im Sphinkter, bei den Taboparalysen um Lähmungszustände im Bereiche des Detrusor vesicae, ein Punkt, der für die Behandlung sehr wichtig ist (vide sub Therapie).

* * *

5. Zu den wichtigsten, weil kaum je fehlenden und unverkennbaren Symptomen gehört die eigentümliche Sprachstörung, die paralytische Dysarthrie. Es handelt sich hiebei nicht um eigentliche Lähmungserscheinungen. Es fehlen dem Kranken weder einzelne Worte (wie bei der Aphasie)*), noch ist die Aussprache einzelner Buchstaben unmöglich (wie bei der bulbären Sprachstörung), sondern es liegt eine Koordinationsstörung vor, ein Mangel in dem geordneten

*) Dies ist erst in den späteren und Endstadien der Fall.

Zusammenspielen aller zur Erzeugung sprachlicher Äußerungen notwendigen motorischen Impulse in die Lippen-, Gaumen-, Kehlkopfmuskulatur. So bemerkt man z. B. eine Inkongruenz zwischen Phonation und Artikulation, ferner wird die Sprache eigentümlich verwaschen, unsicher, Silben werden wiederholt, andere wieder ausgelassen, Buchstaben und Silben werden derart vertauscht, daß gewisse Laute in dem bestimmten Wortgefüge, das der Patient gerade im Sinne hat, schon vorzeitig ausgesprochen werden. Die Sprache ist bebend, monoton, manchmal eigentümlich verlangsamt, skandierend (wie bei multipler Sklerose). Es kommt zu einer Menge überflüssiger Mitbewegungen im Bereiche der gesamten mimischen Muskulatur, so daß bei Sprechversuchen der ganze Facialis mitarbeitet, daß es wie ein „Wetterleuchten" über das ganze Gesicht des Kranken zieht. Man kann in derartigen Fällen die Sprachstörung nicht nur hören, sondern geradezu sehen. Dieselben Mitbewegungen beobachtet man auch öfters, wenn die Kranken die Zunge zeigen, den Mund öffnen usw.*). Für den Kundigen ist die Sprachstörung so charakteristisch, daß auch die leichtesten Grade beim spontanen Sprechen der Patienten schon unverkennbar sind. Deutlicher wird natürlich die Dysarthrie, wenn man die Patienten vor besonders schwierige Aufgaben stellt, wozu sich bestimmte „Probeworte" eignen, wie „die dritte reitende Artilleriebrigade", „Exterritorialität", „Großglocknergletscherrelief" usw. Da hört man dann „drittende Reiterartillerie" oder „dritte reite Artellilirie-brigade" usw. Auch beim Vorlesen offenbaren sich schon leichte Grade der paralytischen Dysarthrie besonders deutlich.

6. Sehr charakteristisch sind auch die Veränderungen, welche die Schrift der Paralytiker erleidet. Hiebei konkurriert nicht bloß die eigenartige koordinatorische, sondern auch die Störung des Gedächtnisses. Die Buchstaben fallen verschieden groß aus, es kommt zum Auslassen oder zur Verdoppelung einzelner Silben, die äußere Form leidet auffallend durch viele Korrekturen, Tintenklexe. Der Paralytiker schreibt vielleicht, ohne es zu bemerken, bei jeder Zeile über den Rand des Papieres hinaus.

Um geringe Grade erkennen zu können, empfiehlt sich besonders ein Vergleich früherer Schriftstücke des Kranken mit dem vorliegenden Schreibprodukte. In schwereren Graden bringt der Patient überhaupt nur mehr absolut unleserliches Geschmier zusammen, be-

*) Recht oft kommen die Patienten der Aufforderung, die Zähne oder die Zunge zu zeigen, in der Weise nach, daß sie mit den Fingern nachhelfen wollen, mit diesen die zitternde Zunge herauszuzerren oder die Lippen auseinander zu drängen versuchen. An der vorgestreckten Zunge nimmt man meist ein eigentümliches fibrilläres Wogen wahr, teils partienweise, teils universell, das nicht mit dem Zungentremor der Alkoholiker oder Neurastheniker verwechselt werden kann.

stehend aus wirren Strichen, Klexen usw., das der Kranke seelenruhig vorliest. Manchmal, namentlich in nicht sehr vorgeschrittenen Fällen, sind die Kranken sich ihrer Dysarthrie und Schriftstörung bis zu einem gewissen Grade bewußt und motivieren dies in echt paralytischer Weise, z. B. damit, daß sie die Brille verlegt hätten, oder das Gebiß schadhaft sei usw. Es ist übrigens recht bemerkenswert, daß ein Parallelismus zwischen der Schwere der Dysarthrie und der Schriftstörung nicht immer besteht. Einer unserer Kranken z. B., dessen Sprachstörung derart hochgradig war, daß er schlechterdings nicht verstanden werden konnte, brachte in ganz einsichtiger Weise alle seine Wünsche und Fragen auf schriftlichem Wege vor, und das Geschriebene war inhaltlich und formell noch recht korrekt.

7. Dieselbe Koordinationsstörung macht sich übrigens auch bei anderen motorischen Akten schon frühzeitig bemerkbar, bei denen es auf besonders fein abgestufte präzise Impulse ankommt. Schon früh also werden die Störungen auffällig bei gewissen Berufsarten, wie Musikern, Schriftsetzern, Uhrmachern usw. Nach und nach schreiten diese Störungen aber fort und ergreifen auch gröbere Bewegungen; die Kranken werden immer ungeschickter, unsicherer. Hand in Hand mit der koordinatorischen Störung geht das durch die Demenz bedingte Vergessen der Bewegungsvorstellungen, so daß die Patienten schließlich jene motorischen Akte nicht mehr zuwege bringen, die zu den frühesten Erwerbungen des Menschen gehören, wie die Fähigkeit des aufrechten Ganges. Ohne daß eine wirkliche Paraplegie bestünde, können die Kranken nicht mehr gehen; sie können nicht mehr spontan Nahrung zu sich nehmen, sich nicht an- und auskleiden usw. In den späteren Stadien werden aber auch zunehmende Paresen beobachtet (nicht vollständige Lähmungen), abgesehen von den transitorischen apoplektiformen Insulten*).

Von besonders praktischer Wichtigkeit sind speziell die Schlinglähmungen wegen Gefahr von Aspirationspneumonien.

In den Endstadien kommt es auch zu eigentümlichen Kontrakturen der Gliedmaßen. Die Kranken liegen zusammengekrümmt zu Bette, in einer Stellung, ähnlich der des Fötus im Mutterleibe. Die Beine sind im Hüft- und Kniegelenke gebeugt**), dabei adduziert; auch die oberen Gliedmaßen weisen in allen Gelenken starre Beugekontraktur auf; die Finger sind gegen die Hohlhand eingeschlagen. Der Kopf ruht nicht einfach auf dem Kissen, sondern wird steif in die Höhe

---

*) Auch zufällige Kombination des paralytischen Prozesses mit der amyotrophischen Lateralsklerose, mit multipler Sklerose usw. wurde beobachtet.

**) Manchmal kann man bei derartigen Fällen sehen, wie auf passive Streckung des einen Beines das andere auch Streckstellung annimmt, um bei Nachlassen der passiven Streckung in die frühere Beugekontraktur zurückzukehren.

gehalten. (Das letztere Phänomen läßt sich übrigens häufig auch bei noch keineswegs terminalen Fällen sehen.)

8. Bei der progressiven Paralyse kommen, zuweilen schon als Frühsymptom, Anfälle zweierlei Art vor, apoplekti- und epileptiforme. (Besonders bei den einfach dementen Formen sind Anfälle häufig, ebenso bei der juvenilen und der sogenannten Lissauerschen Paralyse, vide darüber später.)

Bei ersteren handelt es sich um plötzliches Einsetzen einer Lähmung einer Extremität oder einer ganzen Körperhälfte oder um plötzliche Aphasien. Das Bewußtsein ist in den leichteren derartigen Anfällen fast immer erhalten. Überraschend ist die Schnelligkeit, mit welcher derartige Lähmungen wieder zurückgehen. Oft hält der die Umgebung sehr beunruhigende Zustand nur wenige Minuten an; aber auch Lähmungen einer ganzen Körperhälfte können sich innerhalb weniger Tage vollständig zurückbilden, so daß kaum eine noch restierende Steigerung der tiefen Reflexe die Seite erkennen läßt, welche Sitz der Lähmung war.

**Entsprechend dieser raschen und weitgehenden Restitutionsmöglichkeit handelt es sich bei den apoplektiformen Anfällen auch nicht um dieselben Prozesse wie bei der echten Hemiplegie (Erweichung, Blutung), nicht um eine grob anatomische Herdläsion, sondern um schubweise stärkere faszikuläre Degenerationen des kortikospinalen Neurons, die nur mit feinen Untersuchungsmethoden (Marchi!) in akuten Zerfallprodukten auf den Schnitten im mikroskopischen Bilde nachgewiesen werden können. Selbstverständlich aber kann gelegentlich bei einem Paralytiker auch ein echter apoplektischer Insult eintreten mit dauernden Lähmungserscheinungen und entsprechendem pathologisch-anatomischen Substrate.**

Die epileptiformen Anfälle tragen in mittelschweren Graden den Charakter der Jacksonschen (Rinden-) Epilepsie, d. h. die klonischen Zuckungen befallen nur eine Gliedmaße oder nur eine Körperseite, wobei das Bewußtsein der Patienten erhalten bleibt. Die Zuckungen können zuweilen synchron der Pulsfrequenz auftreten. Nach derlei Anfällen läßt sich eine meist rasch vorübergehende Parese in den betreffenden Muskelgruppen nachweisen. Diese an sich nicht gefahrdrohenden Anfälle können sich aber auch generalisieren, nehmen dann den Typus der klassischen Epilepsie an, wobei das Bewußtsein der Kranken schwindet. Derlei schwere Anfälle sind immer ein sehr ernster Zufall. Erstens bringen sie in der Regel eine bedeutende Verschlimmerung des Allgemeinzustandes mit sich; der körperliche und geistige Verfall erfährt danach gewöhnlich eine erhebliche Steigerung. Vor allem aber zeigen diese allgemeinen Konvulsionen sehr häufig die Neigung, sich in raschen Zwischenräumen zu wiederholen und zum Bilde des lebensgefährlichen Status epilepticus zu führen. Die einzelnen Anfälle folgen rasch aufeinander (man kann da bis über

100 Attacken im Tage beobachten); zwischendurch erlangen die Kranken nicht das Bewußtsein; die Körpertemperatur steigt rasch an bis 40⁰ und darüber. Prognostisch sehr ominös schien mir stets das Auftreten eines intensiven Azetongeruches aus dem Munde zu sein (ebenso Azetonurie), welchen Befund ich gelegentlich in letal endigenden Fällen schon wenige Stunden nach dem Beginn des Status epilepticus beobachten konnte. (Die Azetonämie war daher in solchen Fällen gewiß nicht auf Rechnung der mangelhaften Nahrungsaufnahme, der Inanition zu setzen.) Auch in Fällen, bei welchen die Sehnenreflexe nicht gesteigert sind, kann man während des Status epilepticus häufig das dorsale Babinskische Phänomen konstatieren. Die Temperatur geht oft noch einige Stunden post exitum weiter in die Höhe (postmortale Temperatursteigerung).

Bei der Obduktion bietet das Gehirn außer den gewöhnlichen paralytischen Veränderungen das Bild einer hochgradigen Hyperämie. Die Rinde sieht dunkelbraunrot aus, die feinsten Gefäße sind strotzend injiziert.

All das bezüglich der Symptomatologie des Status epilepticus in paralysi Gesagte gilt übrigens auch von dem analogen Zustande bei gewöhnlicher Epilepsie, ebenso sind die therapeutischen Maßnahmen (vide später) hier wie dort dieselben.

* * *

In recht seltenen Fällen stellt sich, ganz nach Art eines Anfalles, d. h. plötzlich, ein Zustand totalen Gedächtnisverlustes ein, der mehr minder rasch sich wieder zurückbildet („Ictus amnésiques").

* * *

9. An dieser Stelle möge noch anderer motorischer Reiz- und Ausfallserscheinungen bei der Paralysis progressiva gedacht werden. Häufig (oft schon in relativ frühen Stadien) beobachtet man ein eigentümliches kontinuierliches Muskelspiel im Bereiche der Nn. V, VII und XII. Die Kranken vollführen eigentümlich schnalzende, schmatzende Bewegungen mit der Zunge und den Lippen, man nimmt rhythmische Kontraktionen der Kaumuskulatur wahr. Gelegentlich kommt es auf Wochen hinaus zu einem hartnäckigen, für die Umgebung kaum erträglichen Zähneknirschen, das aber vom Patienten selbst nicht bemerkt wird und ihm keinerlei Beschwerden macht. Öfters besteht ein grobwelliger Tremor, der bei Intention stärker wird und ganz an den Tremor bei multipler Sklerose erinnert; in seltenen Fällen finden sich choreiforme und athetoide Bewegungen, manchmal streng halbseitig usw. Sehr oft bemerkt man neben der allgemeinen Schlaffheit der Gesichtszüge einseitig eine schwächere Innervation und ein Verstrichensein der Nasenlippenfalte, Herabhängen eines Mundwinkels. Wie weit eine in den meisten Fällen unschwer zu konstatierende allge-

meine Hypalgesie lediglich psychisch bedingt ist, bleibe dahingestellt; segmentäre Zonen (z. B. um den Hals, um den Rumpf) können von dieser Hypalgesie verschont bleiben.

* * *

10. Auch im peripheren Nervensystem wurden Veränderungen nachgewiesen, und zwar leichte neuritische Befunde, die in einer Anzahl von Fällen bestanden, ohne daß irgendwelche anderweitige Prozesse (Tuberkulose, septische Infektion, Blei usw.) als eben die Paralyse als solche für die Neuritis verantwortlich gemacht werden könnten.

### β) Erscheinungen in der vegetativen Sphäre, trophische Störungen usw.

Darunter hat man eine Reihe von Erscheinungen zusammengefaßt, wie Druckbrandbildung, Rippenbrüche, Ohrblutgeschwulst usw., für die man die Erkrankung gewisser, die Ernährung der Organe regelnder Nervenbahnen verantwortlich machen wollte. Es ist nun einerseits zweifellos, daß hiebei äußeren Momenten eine wichtige Rolle zukommt, wie denn auch tatsächlich mit Verbesserung der Pflegebedingungen, des Wartepersonals usw. alle diese Befunde immer seltener wurden. Anderseits läßt sich aber ebensowenig verkennen, daß gewisse Ernährungsstörungen der Organe bei der Paralyse vorhanden sein müssen, da eben gerade nur bei diesen Kranken alle die in Rede stehenden Erscheinungen besonders häufig zur Beobachtung kommen, überdies das Mißverhältnis zwischen Schwere der Läsionen und äußerer einwirkender Schädlichkeit meist ein ganz auffallendes ist. Bei einem Paralytiker z. B., der nur eine halbe Stunde unrein liegt, kann sich sofort ein ausgebreiteter Dekubitus entwickeln, bei einem kataton Stuporösen z. B. beobachtet man dergleichen nicht, ein Paralytiker taumelt gegen die Wand und zieht sich gleich Frakturen mehrerer Rippen zu usw.

1. Das Othämatom (die Ohrblutgeschwulst) ist bedingt durch einen Bluterguß zwischen Haut und Knorpel. Das Ohr sieht blaurot verfärbt aus, es besteht eine starke, deutlich fluktuierende Schwellung. Nach einigen Wochen bis Monaten kommt es zur Resorption des Blutes und zu eigentümlicher knorpelharter Schrumpfung des Ohres. Schon der Umstand, daß der Sitz des Othämatoms vorzugsweise linksseitig ist (entsprechend der rechten Hand eines Zuschlagenden), daß es auch gelegentlich bei anderen Kranken, ja bei Gesunden vorkommt (Boxern), beweist seine traumatische Genese; daß aber daneben auch eine abnorm leichte Verletzlichkeit des Ohrknorpels eine Rolle spielt, kann ebensowenig bezweifelt werden.

2. Ebenso ist die abnorme Brüchigkeit der Knochen infolge Osteoporose außer Frage gestellt. Unter meinen Augen zog sich ein Paralytiker eine Tibiafraktur zu durch jähes Umwenden, ein anderer eine Schenkelhalsfraktur gelegentlich des „Ausfallens" beim Kegelschieben usw.

3. Die große Neigung bettlägeriger Paralytiker zu Dekubitusbildung läßt sich auch nicht durch äußere Umstände (Naßliegen, mangelhafte Bettbereitung, Unbeweglichkeit der Kranken usw.) allein erklären, sondern hängt wohl auch zum Teil von dem niederen Blutdruck ab, den Paralytiker in vorgeschrittenen Stadien haben, und der eine leichte Kompression der Hautgefäße und damit Anämisierung und Ernährungsstörung der gedrückten Hautpartien nach sich zieht (vide sub Therapie).

4. Der Blutdruck, der in den Anfangsstadien normale Werte aufweist (nach Untersuchungen mit dem Gärtnerschen Tonometer), zeigt im Verlaufe der Krankheit bei einem und demselben Patienten die Tendenz zu einem stetigen Absinken. Der Puls ist häufig rotundotard.

In den peripheren Abschnitten kommt es leicht zu Stasen (Ödeme an den Beinen bei Kranken, die viel herumgehen). Bemerkenswert sind auch die nicht selten zu beobachtenden neuritischen Dermatosen (Pemphigus, Herpes zoster, Purpura usw.).

5. Das Verhalten der Körpereigenwärme bietet bei Paralytikern auch verschiedene Besonderheiten dar. Erstens kann man vorübergehend ganz bedeutende Temperatursteigerungen beobachten, für die irgend ein organisches Substrat (Pneumonie, Eiterung usw.) sich nicht nachweisen läßt*). Diese plötzlichen Fiebersteigerungen gehen meist auf gründliche Darmentleerung ebenso rasch vorüber, wie sie aufgetreten waren. Anderseits beobachtet man gar nicht selten, namentlich in den terminalen Stadien, gelegentlich durch Wochen hindurch, subnormale Temperaturen (32° im Rektum); in einem meiner Fälle bestand sogar einige Tage lang ante exitum die gewiß exzeptionelle Körpertemperatur von 22·3°.

6. Das Körpergewicht zeigt bedeutende Schwankungen. Während der Erregungsphasen gewöhnlich absinkend, steigt es während der Remission meist bedeutend an (gelegentlich — am häufigsten bei den einfach dementen Formen — kommt es sogar zu abnormem Fettansatz, ähnlich wie bei der sekundären Demenz), um ausnahmslos mit dem Fortschreiten des Grundleidens immer mehr herunterzugehen. Kranke, welche nicht durch interkurrente Zufälle vor den eigentlichen

*) In einigen Fällen fand sich nur während dieser „Fieberanfälle" eine Vermehrung der polynukleären Zellen im Blute und im Liquor cerebrospinalis. Dieselbe Erscheinung wurde auch bei den früher erwähnten Krampfanfällen beobachtet.

terminalen Stadien zugrunde gingen, bieten die höchsten Grade der Abmagerung, einer ganz erschreckenden Kachexie dar (bei mittelgroßen Männern kann man da Gewichte von 36, ja 32 *kg* wahrnehmen). Bei der zirkulären Paralyse beobachtet man einen regelmäßigen Wechsel des Körpergewichtes wie beim gewöhnlichen zyklischen Irresein. Ganz rapid und kontinuierlich vollzieht sich der Gewichtsabfall bei der „galoppierenden" Paralyse.

7. Bei Lumbalpunktionen findet man erhöhten Druck des Liquor cerebrospinalis, vermehrten Eiweißgehalt desselben und eine beträchtliche Vermehrung der zelligen Elemente, speziell der Lymphozyten („Pleocytose"). Noch wichtiger als die Eiweißvermehrung ist das Auftreten der sogenannten Phase I (Nonne-Apelt), starke Opaleszenz bis Trübung bei Zusatz von neutraler, heiß gesättigter Ammoniumsulfatlösung (Globulin). In nahezu allen Fällen ließ sich ein positiver Ausfall der Wassermann-Plautschen Reaktion (Komplementablenkung) nachweisen. („Vier Reaktionen"; dieselben scheinen bei hereditärer Paralyse nicht selten teilweise negativ zu sein.) Die Permeabilität der Meningen erweist sich um das Zehnfache erhöht.

8. Das Serum gibt nahezu ausnahmslos die Wassermann-Plautsche Reaktion der Komplementablenkung (-bindung).

In differentialdiagnostischer Hinsicht kommt dem positiven Ausfalle der Wassermannschen Reaktion im Lumbalpunktate eine größere Bedeutung zu als der im Serum.

Die bakterizide Eigenschaft des Serums scheint bei Paralytikern gegenüber der Norm herabgesetzt zu sein. In einigen Fällen fand sich ein Hämolysin im Serum von ganz der gleichen Beschaffenheit wie das im Serum der Hämoglobinuriker. Das hämolytische Vermögen des Serums gegenüber artfremden Erythrozyten ist herabgesetzt. (Doch beobachtet man dasselbe auch bei anderen marastischen und geschwächten Kranken.)

9. Das Abderhaldensche Dialysierverfahren ergab Schutzfermente nicht nur gegen Hirn, sondern auch gegen Niere, Herz, Milz und Leber.

## B. Verlauf.

Gewöhnlich geht den ersten, unzweifelhaft als paralytisch anzusprechenden Symptomen ein schleichendes Vorstadium voraus, das die Züge einer schweren Cerebrasthenie trägt. Quälende Kopfschmerzen, zuweilen ganz vom Typus der Migräne*), die Zeichen der „reizbaren

*) Kopfschmerzen gehören bei den Paralytikern zu den größten Seltenheiten, sobald die Krankheit selbst entwickelt ist. Bemerkenswert ist auch, daß überhaupt subjektive Symptome von Hirndruck bei Paralytikern kaum je beobachtet werden. Tumoren oder akute Meningitiden können so manchmal ganz symptomlos verlaufen und erst als überraschender Obduktionsbefund aufgedeckt werden. Ein einziges Mal beobachtete ich bei einem beginnenden Paralytiker nach wenigen Hg.-Einreibungen akut einsetzende bedrohliche Erscheinungen von Hirndruck (Hirnschwellung), welche sich in der Folge bei Aussetzen dieser Medikation nicht mehr wiederholten.

Migräne, bei einem nicht mit Hemikranie belasteten Individuum, im reifen Lebensalter als erstmalige Erkrankung auftretend, ist höchst verdächtig für beginnende Paralys. progress.

Schwäche", Ermüdbarkeit, Erschwerung des Denkprozesses, Reizbarkeit, gedrückte Stimmung, Zerstreutheit, quälende, jeglicher üblichen Therapie trotzende Agrypnie leiten durch viele Monate hindurch das Krankheitsbild ein. Sehr häufig besteht ein vages Krankheitsgefühl, manchmal die Ahnung eines bevorstehenden schweren Gehirnleidens, das die Kranken in diesen Stadien manchmal zum Selbstmord treibt. (Wo übrigens die Demenz schon einen gewissen Grad erreicht, werden oft die Selbstmordversuche in unzweckmäßiger, verkehrter Weise angestellt, tragen schon den ominösen Charakter der Kritiklosigkeit an sich. Ein Kranker trinkt z. B. in selbstmörderischer Absicht Tinte, ein anderer stürzt sich aus dem Fenster seiner im Erdgeschosse gelegenen Wohnung.) Gerade die unter A *a* geschilderte Apathie und das Unvermögen, die Veränderung in der psychischen Persönlichkeit beurteilen und einsehen zu können, tritt erst dann zu Tage, wenn der Kranke über dieses Prodromalstadium hinauskommt, wenn die Paralyse eben schon da ist. In diesem Prodromalstadium, in welchem also, wie bemerkt, der psychische Befund nichts für Paralyse Charakteristisches darbietet, sind aber häufig schon Pupillenstörungen, Reflexdifferenzen und positiver Serum- und Liquorbefund zu konstatieren. In einigen Fällen sind epilepti- und apoplektiforme Anfälle die ersten Anzeichen, welche den Kranken aus wirklicher oder scheinbar voller geistiger Gesundheit heraus befallen, oder ein Delirium acutum ähnliches Bild.

Der weitere Verlauf gestaltet sich nun ungemein verschieden. Im Durchschnitt führt die nicht behandelte Krankheit innerhalb 2 bis 3 Jahren zum Ende, unter stetiger Zunahme des geistigen und körperlichen Verfalles. Man kann da im allgemeinen drei Stadien unterscheiden, das initiale, das der voll entwickelten Krankheit und das Endstadium.

Im Initialstadium sind die Kranken noch leidlich berufsfähig, die erworbenen Kenntnisse intakt. Das Wesentliche sind die unter A, a, α geschilderten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, die vielen Beispiele zunehmender Zerstreutheit, die zahlreichen Verstöße und Lapsus, die mangelnde Krankheitseinsicht, die Abstumpfung in der affektiv-ethischen Sphäre, das Nebeneinanderbestehen von gesteigerter Reizbarkeit und Apathie. Die Gedächtnisdefekte sind im Gegensatze zur generellen Störung z. B. beim Korsakoff mehr „inselförmig", die Aufmerksamkeitsstörungen können durch Hinlenkung, beziehungsweise Anspannung der Aufmerksamkeit vorübergehend überwunden werden, so daß, namentlich auch in Anbetracht der erhaltenen Kenntnisse, ein einmaliges mündliches Examen vielleicht noch ein eigentlich kaum greifbares Ergebnis zu Tage fördern kann. In der somatischen Sphäre ist die Sprachstörung meist schon, wenn auch vielleicht nur angedeutet, für den Erfahrenen unverkennbar.

In der Epoche der voll ausgebildeten Krankheit sind nicht nur alle die eben aufgezählten Erscheinungen weit vorgeschritten, sondern es weisen auch die erworbenen Kenntnisse gröbere Ausfälle auf; die Berufsfähigkeit ging verloren. Indem bezüglich der Symptomatologie des genaueren auf die Abschnitte A, a, α und A, b bei diesem und dem Terminalstadium verwiesen sei, muß nur noch hinsichtlich des Endstadiums zusammenfassend betont werden, daß hier neurologische, beziehungsweise grob hirnpathologische und psychiatrische Symptome ineinander übergehen und innig vermengt sind. Zur koordinatorischen Dysarthrie gesellen sich aphasische Symptome; apraktische und agnostische Störungen treten auf, das Vergessen primitiver motorischer Vorstellungen, der Verlust der Fähigkeit des Gehens und Stehens; es entwickeln sich die Kontrakturen usw.

Dieser Verlauf wird am häufigsten bei den einfach dementen Formen beobachtet. Daneben gibt es eine Reihe bemerkenswerter Ausnahmen. Einmal verdient eine eigentümliche Verlaufsart erwähnt zu werden, die sogenannte galoppierende Paralyse. Oft aus voller Berufsfähigkeit heraus, jedenfalls aber ziemlich akut, entwickelt sich das Bild schwerer Tobsucht, wobei im Gegensatze zu der gewöhnlichen paralytischen Manie die Züge gesteigerter Genußsucht, die Charakterveränderung ad pejus usw. sich zu entwickeln gar keine Zeit hatten; auch Größenideen treten mehr in den Hintergrund. Das Bild wird beherrscht durch die sinnlose psychomotorische Erregung, die allen Medikationen trotzt; der Kräfteverfall vollzieht sich außerordentlich rapid, die Kranken vermögen bald nicht mehr sich auf den Beinen zu erhalten, die körperlichen Lähmungserscheinungen nehmen meist rasch zu und innerhalb weniger Monate tritt der Exitus unter dem Bilde der hochgradigsten Erschöpfung ein. In einigen wenigen Fällen spielt sich der ganze Prozeß noch rascher ab. Es wurde schon seinerzeit erwähnt, daß manche Fälle von Delirium acutum zu perakut verlaufenden Paralysen gerechnet werden müssen.

Im Gegensatze dazu gibt es nun Paralysen mit abnorm langem Verlaufe (stationäre Paralysen). Dies ist vor allem gewöhnlich bei der sogenannten zirkulären Paralysis progressiva der Fall. Jener gewisse Turgor vitalis, der bei dem echten zyklischen Irresein in der manischen Phase so auffällig ist, kommt auch den Paralytikern zugute. Ganz herabgekommene Kranke erholen sich wieder unter raschem Ansteigen des Körpergewichtes auffallend schnell, weitgehende Remissionen (vide später) sind ganz gewöhnlich (analog etwa den luziden Intervallen bei der echten zirkulären Geistesstörung). Einen Wechsel von Manie und Melancholie können einzelne Fälle sogar mehrmals durchmachen. Fälle von 8- bis 10jähriger Dauer und darüber sind gerade bei der zirkulär verlaufenden Dementia paralytica

nicht selten. Auch der alternierende Typus (kurze Phasen, manchmal regelmäßig jeden zweiten Tag wechselnde Zustandsbilder) wurde beobachtet. Bemerkenswert ist, daß gerade bei Paralytikern mit erblicher Belastung diese Verlaufsart relativ häufig angetroffen wird.

Remissionen, d. h. mehr minder weitgehende Stillstände, ja Besserungen im Verlaufe der Krankheit sind aber überhaupt bei der Paralysis progressiva ein recht gewöhnliches Vorkommnis, und der Praktiker wird gut tun, sich bei der Prognosestellung den Angehörigen gegenüber die Möglichkeit einer Remission stets vor Augen zu halten. Die Remissionen sind verschieden lang und verschieden weitgehend. Oft nur auf wenige Wochen sich erstreckend, oft nur den Nachlaß der paralytischen Geistesstörung (Manie!) bedeutend, unter gleichzeitigem Weiterfortschreiten der paralytischen Demenz, gehen diese Remissionen in einzelnen Fällen auch mit einer entschiedenen Besserung der Intelligenz einher. Die Kranken korrigieren z. B. nicht nur ihre Größenideen, sondern gewinnen Krankheitseinsicht; ihr Gedächtnis, ihre Urteilskraft bessert sich; ja es kann sich in Ausnahmsfällen sogar die volle Berufsfähigkeit wieder herstellen, und zwar für erstaunlich lange Zeit. (Ein Unikum stellt ein Fall dar, der 1886 mit sicherer Paralyse sich in der Wiener Irrenanstalt in Pflege befunden hatte, und dann 16 Jahre (!) wieder als Zahlkellner dienstfähig war, 1902 abermals mit unzweifelhafter Dementia paralytica auf unsere Klinik aufgenommen wurde und daselbst 1905 starb. Die Obduktion ergab den typischen Befund.)

Auch betreffs des Vorkommens der paralytischen Geistesstörungen herrschen große Verschiedenheiten. Häufig nur vorübergehende Phasen im Verlaufe einer späteren einfachen Demenz können z. B. manische Zustandsbilder auch noch in den terminalen Stadien fortbestehen. Die Kranken liegen im schweren Marasmus, mit Kontrakturen, Dekubitusbildung dahin und lallen noch von „Tausend Millionen", „Größter kaiserlich königlicher Gott" usw.

Es gibt endlich einige, allerdings außerordentlich seltene, aber sichergestellte Fälle, bei welchen man von einer Heilung sprechen muß. Die Krankheitsgeschichten derartiger geheilter Fälle oder solcher von ungewöhnlich lange anhaltenden Remissionen weisen gewisse Besonderheiten auf. Gewöhnlich handelt es sich erstens um ziemlich initiale Fälle mit manischen Zustandsbildern und zweitens um eine interkurrierende fieberhafte Affektion, besonders Eiterungen. Es gewährt uns dieser Umstand einen Anhaltspunkt dafür, wo eine Therapie einsetzen kann (vide sub G.).

Der abnormen Verlaufsart und damit Prognose der zirkulären und der sogenannten galoppierenden Paralyse wurde schon oben gedacht.

**Es scheint, daß das klinische Bild der progressiven Paralyse in den letzten Jahrzenten gewisse Änderungen erfahren hat; ein Zurücktreten der megalomanen gegenüber der einfach dementen Form, ein Häufigerwerden von Remissionen einer-, von Anfällen anderseits, eine Verlängerung der Gesamtdauer, endlich ein häufigeres Auftreten atypischer Züge (wie Halluzinationen, katatone Erscheinungen usw.) läßt sich bei vergleichenden Untersuchungen nicht verkennen.**

## C. Ätiologie.

Unter den ätiologischen Faktoren muß an erster Stelle die Lues genannt werden. Nicht jede luetische Infektion zieht mit Notwendigkeit Paralyse nach sich, es dürften etwa 4 bis 5% aller Syphilitiker später der Paralyse verfallen. Allein umgekehrt darf gesagt werden, daß es keinen Fall von Paralyse gibt, bei welchem nicht Lues vorausgegangen wäre. Doch unterscheidet sich die echte progressive Paralyse in sehr vielen wesentlichen Punkten (durchschnittliches Intervall zwischen Primäraffekt und Ausbruch der paralytischen Krankheitserscheinungen, Verlauf, Symptomatologie, pathologische Anatomie usw.) von der Lues cerebrospinalis. (Man hat daher auch von einer „Metasyphilis des Zentralnervensystems“ gesprochen.)

Sehr bemerkenswert ist, daß die Syphilis bei Individuen, welche später an Paralyse erkranken, so außerordentlich häufig auffallend „gutartig“ verläuft, d. h. in der überwiegenden Mehrheit treten keine Rezidiven auf; daher wird die Lues bei derlei Kranken meist höchst ungenügend behandelt, sie unterziehen sich z. B. nur einer einmaligen Schmierkur, nicht selten, wenn überhaupt nur der Primäraffekt sich zeigte, bleibt es bei einer Lokaltherapie. Trotzdem kommt es nicht zu Rezidiven, die Syphilis erscheint „geheilt“, bis nach Jahr und Tag die Paralyse ausbricht.

Der Zwischenraum zwischen syphilitischer Infektion und Ausbruch der Dementia paralytica beträgt etwa 10 bis 15 Jahre im Durchschnitt. Die Paralyse ist eine Erkrankung des reifen Lebensalters (35 bis 50 Jahre). Gerade Fälle von auffallend früh oder spät einsetzender Paralyse (Paralysis infantilis, juvenilis und tarda, senilis) waren schon früher recht beweisend für den ätiologischen Zusammenhang zwischen Lues und dieser Erkrankung, indem hiebei auch der Zeitpunkt, da die Syphilis erworben wurde, ein ungewöhnlicher ist (z. B. extragenitale Sklerosen im Säuglingsalter, hereditäre Lues usw.). Die infantilen und juvenilen Fälle zeichnen sich durch besonders schwere körperliche Symptome (gehäufte Anfälle, rasch fortschreitende Sprachstörung, Kontrakturbildung usw.) aus; psychischerseits meist einfache Demenz.

Unter Berücksichtigung der syphilitischen Ätiologie und äußerer, leicht einzusehender sozialer Faktoren erklären sich auch folgende Momente: Die Paralyse kommt überhaupt häufiger beim männlichen

Geschlecht vor. Diesbezüglich aber ist wieder der Unterschied zwischen ländlicher und Stadt-Bevölkerung, besonders aber zwischen den unteren Schichten der Bevölkerung und den besseren Gesellschaftsklassen sehr auffallend (weibliche Paralysen in den höheren Kreisen sind ungemein selten). Den ursächlichen Zusammenhang zwischen Lues und Paralyse beleuchten auch die gar nicht so seltenen Fälle konjugaler Paralyse, d. h. von Paralyse bei Eheleuten. Das Intervall zwischen Lues und Paralyse scheint dabei in der Regel bei der Gattin kürzer zu sein als beim Manne, auch die Dauer bei ersterer kürzer. Große Beweiskraft für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Lues und progressiver Paralyse hatte man ferner jenen Fällen beigemessen, bei welchen verschiedene Individuen, welche an einer und derselben Quelle sich infiziert hatten, späterhin an Paralyse erkrankten. Derartige Erfahrungen waren es u. a., welche zur Annahme einer Lues nervosa („Syphilis à virus nerveux") führten, d. h. einer spezifischen Form von Lues mit besonderer Affinität zum Zentralnervensystem.

Entsprechend der relativen Syphilisfrequenz erscheinen gewisse Berufe (Offiziere, Kaufleute u. dgl.) besonders stark an der Paralyse beteiligt, während z. B. bei katholischen Geistlichen diese Krankheit eine außerordentliche Seltenheit darstellt; eine paralytisch gewordene Nonne wurde bisher überhaupt noch nicht beobachtet.

Der erblichen Belastung in gewöhnlicher Form scheint bei der progressiven Paralyse nicht nur keine besondere Rolle zuzukommen, sondern es liegen Gründe vor für die Annahme, daß die hereditär-degenerative Disposition sogar bis zu einem gewissen Grad antagonistisch wirkt gegenüber der Veranlagung zur Paralyse*).

Wo überhaupt Heredität sich nachweisen läßt, liegt dieselbe meist gerade nicht in Form von Alkoholismus, periodischem Irresein od. dgl. vor, sondern es findet sich am häufigsten Tabes, Dementia senilis, Apoplexie oder speziell wieder progressive Paralyse (hereditäre und familiäre Paralyse). Die Erkrankung befällt vorzugsweise dasselbe Geschlecht (Vater—Sohn, Mutter—Tochter).

Eine große Bedeutung wurde früher dem Moment der übermäßigen funktionellen Inanspruchnahme des Gehirns beigelegt, und zwar sollte es sich hiebei nicht um die rein intellektuelle Überanstrengung, als vielmehr um jene Formen geistiger Überanstrengung handeln, die mit gemütlichen Aufregungen einhergehen (Kaufmannsstand, Börseagenten, praktische Ärzte usw.); die Unmöglichkeit längeren Urlaubes, ferner unhygienische „Zerstreuungen" (speziell Exzesse in Stimu-

*) Es ist zum mindesten auffallend, wie ungemein selten trotz luetischer Infektion eine Paralyse bei Periodikern, den „Verbrechernaturen", Prostituierten usw. usw. sich entwickelt.

lantien, Kaffee, Nikotin, Alkohol usw.) wurden gleichfalls hier aufgezählt.

Demgegenüber muß mit Nachdruck gerade auf die Kinderparalyse verwiesen werden, bei der alle diese Momente entfallen, und die Kriegserfahrungen haben gezeigt, daß bei Frontkämpfern die Paralyse weder in einem durchschnittlich kürzeren Intervalle nach dem seinerzeitigen Primäraffekt zum Ausbruche gelangt, noch durchschnittlich rascher verläuft.

Unter den ätiologisch wirksamen Faktoren maß man ferner eine gewisse Bedeutung kalorischen Noxen zu. Berufsarbeiter, die strahlender Wärme ausgesetzt sind, liefern einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz zur Paralyse (Buddler, Heizer, Köchinnen).

Die Anschauung, daß der Mißbrauch geistiger Getränke an sich zur Paralyse führen kann, ist gerade nach neueren Untersuchungen unhaltbar geworden. Viele „Alkoholparalysen“ entpuppen sich als Korsakoffsche Psychose oder Alkoholdemenz mit durch gleichzeitig bestehende Polioencephalitis superior bedingten Pupillenstörungen.

In Kombination mit der Lues jedoch scheint dem chronischen Alkoholismus in der Ätiologie der progressiven Paralyse eine Bedeutung zuzukommen.

Von anderen weniger häufigen und in ihrem Einflusse noch nicht ganz sichergestellten Schädlichkeiten wären noch zu erwähnen Schädeltraumen und Saturnismus. Daß ein Schädeltrauma allein für sich Paralyse hervorzurufen im stande ist, muß überhaupt bestritten werden; wohl aber läßt sich ein akut verschlimmernder Einfluß eines solchen auf eine initiale Paralyse in manchen Fällen nicht verkennen.

Nicht selten freilich kam das Trauma, welches als Ursache des Manifestwerdens der Paralyse angeschuldigt wird, gerade durch diese selbst zustande, ist z. B. der betreffende Betriebsunfall herbeigeführt durch die Fahrlässigkeit, Ungeschicklichkeit oder Unaufmerksamkeit des bereits an Paralyse leidenden Arbeiters.

In unseren Gegenden ist die progressive Paralyse eine der häufigsten Formen von Geisteskrankheiten; in Österreich z. B. machen die paralytischen Kranken 20 bis 30% aller Aufnahmen in den Irrenanstalten aus.

**Sehr interessant ist demgegenüber der Umstand, daß in vielen anderen Gegenden (namentlich in den Tropen, bei uns z. B. in Bosnien) die Paralyse ganz außerordentlich selten ist trotz enormer, stellenweise geradezu endemischer Verbreitung der Syphilis. Die Lues derartiger Völkerstämme zeichnet sich wieder durch besondere Intensität der Hauteruptionen aus.**

## D. Differentialdiagnose.

Eine initiale Paralyse kann erstens zur Verwechslung mit einer schweren Neurasthenie Anlaß geben. Das Vorhandensein irgend-

welcher körperlicher Symptome (Pupillenstarre, Schrift-, Sprachstörung*) usw.) wird freilich selbstverständlich sofort die Sachlage entscheiden. Wo aber somatische Symptome fehlen, kann im konkreten Falle die Entscheidung Schwierigkeiten bereiten. Vor allem muß der Nachweis einer wirklichen Einbuße der intellektuellen Fähigkeiten gelingen. Der Neurastheniker klagt über Gedächtnisschwäche, die sich objektiv nicht erhärten läßt; er löst komplizierte Rechenaufgaben vielleicht mühsam, aber richtig, vermag bei etwaigen Fehlern leicht die entsprechenden Korrekturen vorzunehmen. Der Paralytiker beherrscht das kleine Einmaleins auch noch tadellos, begeht aber bei komplizierten Rechnungsaufgaben die charakteristischen, durch die Unaufmerksamkeit und Gedächtnisschwäche bedingten Fehler, vergißt z. B. die Zehner zu übertragen usw. Der Neurastheniker beobachtet sich ängstlich, legt jeder noch so belanglosen Erscheinung an sich eminente Wichtigkeit bei, quält sich und den Arzt durch endlose Aufzählung aller möglichen „Symptome", stellt sich selbst ängstlich die Diagnose „Paralyse". Der Paralytiker bringt vielleicht auch irgend welche hypochondrische Klagen vor, läßt aber schwere Verstöße, auffallende Beweise von Zerstreutheit ganz unbeachtet. Der Neurastheniker jammert über seine „Nervosität" und Reizbarkeit; der Paralytiker findet nichts Besonderes an den rüden Ausbrüchen unmotivierten Jähzorns, der seine Familie in so hohem Maße erschreckt und beunruhigt usw. Es kommt eben auf den Nachweis der beginnenden Demenz und Kritiklosigkeit an; es könnte hier nur alles das wiederholt werden, was bei Schilderung der paralytischen Demenz gesagt wurde. Von differentialdiagnostischem Werte ist in zweifelhaften Fällen das Ergebnis der Lumbalpunktion und des serologischen Befundes.

Differentialdiagnostisch in Betracht kommt ferner die Manie. Nachdem, wie schon oben erwähnt, manische Zustandsbilder in der überwiegenden Mehrheit der Fälle nur Phasen einer periodisch verlaufenden Geistesstörung sind, muß eine Manie, die einen Kranken im reifen Alter zum ersten Male befällt, zumal wenn Lues in der Anamnese vorliegt, eo ipso Verdacht auf Dementia paralytica erwecken. Die Ideenarmut (z. B. Masseneinkäufe) im Vergleiche zur „suractivité intellectuelle" der echten Manie, die eigenartige „Kurzsichtigkeit" in den Handlungen, vor allem aber Größenideen reich-

---

*) Bei einigen hysterisch veranlagten „Konversationslexikons"-Hypochondern mit Paralysophobie beobachtete ich sogar eine Art Sprachstörung, welche freilich ihren lediglich psychogenen Charakter schon dadurch verriet, daß sie gerade beim Beginne des Examens am deutlichsten war, um, wenn die Aufmerksamkeit des Patienten abgelenkt war, wenn er z. B. in starkem Affekte über anderweitige Krankheitssymptome lamentierte, oder, sobald er getröstet und beruhigt wurde, spurlos zu schwinden.

licher und dementer Art, die Rührseligkeit und Gutmütigkeit der Kranken (im Vergleiche zu den Zügen von „Folie morale“ bei der periodischen Manie) werden keinen Zweifel aufkommen lassen. Gerade hier aber sei darauf hingewiesen, daß der Wert gewisser körperlicher Begleiterscheinungen, so groß er auch ist, nicht überschätzt werden darf. Pupillenstörungen, vorübergehende Anfälle von Dysarthrie, die „hirnkongestiven Zustände“ kommen auch beim periodischen Irresein vor, und ich kenne manchen Fall unzweifelhafter periodischer Manie, an dem ob der Symptome: Manie — mittleres Lebensalter — Argyll-Robertson — gewissermaßen reflektorisch die Diagnose Paralysis progressiva verübt worden war. Freilich waren dies Fälle aus der Zeit vor der Entdeckung der „4 Reaktionen“.

Schwer kann oft die Unterscheidung zwischen Melancholie und progressiver Paralyse werden. Ungeheuerliche negativistische hypochondrische Wahnideen (kein Herz, kein Magen, Totsein usw.) kommen auch bei der Melancholie vor. Abgesehen von der Anamnese und etwaigen prägnanten körperlichen Symptomen, kann oft im Sinne der Paralysis progressiva sprechen das auffallende Mißverhältnis zwischen Inhalt der Wahnideen und dem Gebaren der Kranken; auch ist der Affekt der depressiven Paralyse nicht immer anhaltend; blödsinnige Euphorie schiebt sich plötzlich ein zwischen verzweiflungsvolles Klagen. Derselbe Kranke, der jammert, daß er gestorben sei, umgebracht wurde, erzählt aufeinmal, voll Zufriedenheit strahlend, daß er doch noch lebe, weil er eine schöne neue Bettdecke bekommen habe usw.

Auch hier wieder, gerade so wie bei der Abgrenzung gegenüber der Neurasthenie, ist das Wichtigste der Nachweis der Demenz und Kritiklosigkeit. Dasselbe gilt bezüglich der seltenen Fälle, welche mit systemisierter Wahnbildung einhergehen. Auf der Hand liegende, von dem Kranken aber gar nicht bemerkte Widersprüche in den Wahnideen oder zwischen diesen und den Handlungen des Patienten erhellen mit einem Schlage den zweifelhaften Fall.

Sehr schwierig kann auch die Unterscheidung werden gegenüber manchen spät einsetzenden Formen der Dementia praecox. Hier gibt manchmal erst der weitere Verlauf, insbesondere in der körperlichen Sphäre, endgültigen Aufschluß. Auch hier wieder sei der besonderen Wichtigkeit der Lumbalbefunde gedacht.

Bezüglich der Abgrenzung gegen die arteriosklerotischen, senilen und luetischen Verblödungsprozesse vide sub Kap. VIII, IX und X.

## E. Pathologische Anatomie.

**Schon bei makroskopischer Besichtigung fällt die Atrophie des Gehirns auf. Das Gehirngewicht verstorbener Paralytiker bleibt im Durchschnitte weit hinter dem normalen zurück, Gewichte um 1000 *g* herum sind recht gewöhnlich. Infolge der Verkleinerung**

des Gehirns kommt es zu Flüssigkeitsansammlung unter der Dura (Hydrocephalus externus ex vacuo), die Windungen werden schmäler, die Furchen klaffender und breiter. Ebenso findet sich eine starke Flüssigkeitsansammlung zwischen den weichen Hirnhäuten und der Gehirnoberfläche, oft in Form eigentümlicher, zystischer Taschen. Die Leptomeningen sind verdickt und getrübt, namentlich längs der größeren Gefäße finden sich reichliche, milchigweiße Trübungen. Die weichen Hirnhäute lassen sich infolge ihrer Verdickung leicht in größeren zusammenhängenden Partien abziehen. Zwischen der Pia und den obersten Schichten der Hirnrinde bestehen vielfache Verwachsungen, so daß beim Abziehen der Ersteren Partikelchen der Hirnrinde mitgehen. Die Gehirnoberfläche sieht daher wie zernagt aus.

Alle diese Veränderungen sind am stärksten im Bereiche des Stirnlappens ausgesprochen, der Hinterhauptlappen bleibt relativ frei*). Auf dem Durchschnitte kann man sich von der bedeutenden Verschmälerung der Rinde überzeugen; der zentrale Markkegel der Windungen sinkt oft grubig ein. Die Gehirnsubstanz zeigt vermehrte Konsistenz, die Ventrikel sind bedeutend erweitert (Hydrocephalus internus), das Ependym weist eigentümliche, feinste papilläre Exkreszenzen auf, so daß es wie mit Streusand bestreut, feinst höckerig aussieht. Am deutlichsten sind die letztbeschriebenen Veränderungen (Ependymitis granulosa) am Boden des vierten Ventrikels zu sehen. Auch das Pulvinar erweist sich schon makroskopisch atrophisch. (In gewissen atypischen Fällen findet sich eine mehr herdförmige Erkrankung des Sehhügels.)

Die histologischen Befunde ergeben bedeutenden Schwund der nervösen Elemente und Wucherung des Stützgewebes. Die Ganglienzellen zeigen vielfach Schwellung, Schrumpfung, Vakuolisierung, Kernverlagerung; schon in frühen Stadien gehen die Tangential- und Radiärfasern zugrunde; auch die Purkinjeschen Zellen sind vakuolisiert und sklerosiert. Es besteht bedeutende Gliavermehrung; namentlich in der zonalen Schicht sind reichlich auffallend parallel gerichtete Fasern mit wenig Kernen; darunter findet sich ein gliöses Maschenwerk mit großen, oft sklerosierten Spinnenzellen; auch die Glia um die Gefäße ist stark gewuchert. Die perivaskulären Lymphräume sind erweitert, ebenso die adventitiellen Lymphscheiden, welche mit Rundzellen ganz infiltriert sind. Daneben finden sich vereinzelte Mastzellen und zahlreiche charakteristische Plasmazellen. Recht charakteristisch sind auch die sogenannten Stäbchenzellen. Die kleinen Gefäße erscheinen vielfach hyalin degeneriert oder sklerosiert; es finden sich Endothelwucherungen und Gefäßneubildung. Die Pia ist mächtig infiltriert und verdickt. (Bezüglich der pathologischen Anatomie der paralytischen Anfälle vide oben.) Häufiger als man dies früher annahm, freilich durchaus nicht konstant, finden sich übrigens neben diesen Veränderungen auch anatomisch nachweisbare, echt syphilitische Produkte in der Rinde.

Bei der juvenilen Paralyse werden auffallend oft mehrkernige Purkinjesche Zellen gesehen.

Im Rückenmarke finden sich häufig Bilder wie bei Tabes oder Seitenstrangdegenerationen. Auch die akuten Zerfallprozesse bei den Anfällen lassen sich von der Rinde durch die innere Kapsel hindurch bis in die Seitenstränge verfolgen. Zuweilen liegt eine Erkrankung sowohl der Seitenstränge wie der Hinterstränge vor. Auch in den peripheren Nerven finden sich häufig periaxilneuritische Befunde.

Es muß schließlich aber besonders betont werden, daß keiner dieser Befunde an und für sich als pathognostisch für die Paralysis progressiva genannt werden darf. Wohl aber gestattet ihr Gesamtbild diese Diagnose. Zu den wichtigsten Entdeckungen

*) In selteneren Fällen sind gerade die hinteren Abschnitte der Hemisphären am meisten ergriffen. Klinisch zeichnen sich diese Fälle durch besonderes Vorherrschen von Herdsymptomen aus (auf motorischem und optischem Gebiete), gehäufte Anfälle, eigentümlich schubweise fortschreitende Demenz (Lissauersche atypische Paralyse).

der letzten Jahre gehört der Nachweis von Spirochäten im Paralytikergehirn, und zwar fanden sich dieselben vorwiegend in der dritten Schichte der frontalen Rindenteile, aber auch im Kleinhirn und in den Stammganglien. Die Spirochäten erwiesen sich bei Züchtungsversuchen aber auch als virulent. Spirochäten konnten ferner auch aus dem Liquor und dem Blute überimpft werden.

Die inneren Organe weisen meist, namentlich bei in Terminalstadien verstorbenen Paralytikern, schwere Grade einer allgemeinen Atrophie auf. Ein nahezu konstanter Befund sind lobulärpneumonische Herde der Unterlappen*) (e bronchitide capillari oder Hypostase oder Aspiration), ferner atheromatöse Veränderungen der Aorta (besonders der Aorta ascendens und des Bogens). Gerade bei den Fällen aber, welche nicht einer interkurrenten Affektion erlagen, wird oft eine unmittelbare Causa mortis bei der Nekropsie vermißt. Es finden sich in den inneren Organen nur die Zeichen einer schweren allgemeinen Kachexie. Dies, sowie gewisse klinische Symptome (namentlich der vegetativen Sphäre), vor allem der Umstand, daß die Kranken überhaupt an der Paralyse sterben — andere schwere Blödsinnsformen tangieren ja nicht die Prognosis quoad vitam — legt den Gedanken nahe, das es sich bei der Paralyse um eine Allgemeinerkrankung des Gesamtorganismus handeln müsse, bei der die zerebralen, d. h. psychischen Symptome nur eine Teilerscheinung bilden, um eine tiefgreifende Stoffwechselstörung.

## F. Prognose.

Die Prognose der Dementia paralytica ist im großen und ganzen infaust. Die Erkrankung rafft die nicht behandelten Patienten nach durchschnittlich 2- bis 4jähriger Dauer dahin. Die Kranken sterben in einem Zustande schwerster Kachexie, unter subnormalen Temperaturen, sie löschen gewissermaßen aus, und die Obduktion ergibt oft genug keinen anderen Befund als eben den eines universellen hochgradigen Marasmus, keine eigentliche Todesursache.

Diese Terminalstadien erreichen aber verhältnismäßig wenige Paralytiker, meist beträgt die Lebensdauer nur 2 bis 3 Jahre; man wäre fast versucht zu sagen, die Kranken erleben ihren Tod nicht, da in der Mehrheit der Fälle interkurrente Affektionen dem Leben ein Ende machen; vor allem stirbt ein großer Teil all der Paralytiker an hypostatischen, beziehungsweise Aspirations-Pneumonien, ein Teil geht im Status epilepticus zugrunde, ein geringer Teil endlich erliegt irgend welchen Komplikationen (Sepsis usw.). (Im übrigen vide sub Decursus.)

## G. Therapie.

Als die innigen ursächlichen Beziehungen zwischen Syphilis und progressiver Paralyse bekannt wurden, war der Gedanke sehr naheliegend, durch eine spezifische Behandlung den unheilvollen Prozeß therapeutisch zu beeinflussen. Wahllos und sehr energisch wurden die Paralytiker Quecksilberkuren unterworfen; es zeigten sich nicht

*) Dagegen wird Tuberkulose als causa mortis auffallend selten angetroffen.

nur viele Mißerfolge, sondern unverkennbare Verschlimmerungen, die Kranken kamen körperlich stark herunter, schwere Stomatitiden mit allerlei bösen Komplikationen stellten sich ein, und die antiluetische Behandlung der progressiven Paralyse geriet allmählich wieder in Vergessenheit. Ebenso rasch war auch der Enthusiasmus verschwunden, mit welchem ursprünglich das Salvarsan als Heilmittel gegen die Paralyse gepriesen worden war. Neuere Beobachtungen aber scheinen zu ergeben, daß das spezifische Verfahren doch nicht gänzlich zu verwerfen ist. Bei ganz initialen, körperlich noch durchaus rüstigen Fällen kann man gar nicht so selten nach einer regelrechten Schmierkur oder anderen antisyphilitischen Behandlungsmethoden (vide im Anhang), vor allem in Kombination mit einer anderen, sogleich näher zu besprechenden Kurmethode langdauernde Stillstände und weitgehende Remissionen beobachten (peinlichste Mundpflege versteht sich von selbst). Vielversprechend und gerade dem Praktiker, der ja als Hausarzt eher in der Lage ist, die frühesten Stadien der progressiven Paralyse sich entwickeln zu sehen als der gefürchtete und gemiedene Psychiater, der meistens nur schon relativ vorgeschrittene Fälle zu sehen bekommt, zu empfehlen sind Heilversuche, welche an die sub B erwähnten Erfahrungstatsachen über günstige Beeinflussung des paralytischen Prozesses durch interkurrente fieberhafte körperliche Krankheiten anknüpfen, nämlich Versuche mit der Erzeugung künstlichen Fiebers. (v. Wagnersche Tuberkulin-Quecksilberkur.)

Zur Verwendung kommt das Alt-Tuberculinum Kochii, von dem eine 10proz. Lösung hergestellt wird = n Teile Tub. K., 4 n Glyzerin, 5 n Aqu. destillat. et sterilisatae. 1 Pravazsche Spritze enthält daher 0·1 Tuberculin. Kochii. Anfangsdosis für gewöhnlich 0·01 (= 1 Teilstrich), dann stetig steigend bis zu 1·0 Tuberculin. Die Kranken werden in dreistündigen Intervallen gemessen; für gewöhnlich appliziert man jeden zweiten Tag eine Injektion (subkutan unter die Rückenhaut), da öfters die fieberhafte Reaktion erst an dem der Injektion folgenden Tage auftritt. Jedenfalls ist die Rückkehr der Temperatur zur Norm abzuwarten. Die Art und Weise, nach der man mit der Dosis ansteigt, geschieht etwa nach folgendem Schema: Bei ausbleibender fieberhafter Reaktion Verdopplung der letztgegebenen Dosis, bei Temperaturen bis zu 37·5⁰ Steigern um die Hälfte, bis zu 38⁰ um ein Viertel der früheren Dosis, bei Temperaturen über 38⁰ Wiederholung derselben Dosis. In manchen Fällen, bei welchen auf die ersten paar nach obigem Schema dosierten Injektionen keine nennenswerten Temperatursteigerungen zu erzielen sind, empfiehlt sich ein rascheres Ansteigen: Verdopplung der Dosis bei Temperaturen bis 37·5⁰, $1^1/_2$fache Dosis bei 37·5—38⁰, $1^1/_4$fache bei 38—38·5⁰, über

38° Wiederholung der zuletzt gegebenen Dosis, eventuell 1·0 nach je einwöchentlicher Pause 2—3mal wiederholen. Zuweilen wieder ist ein vorübergehendes Heruntergehen von der bereits erreichten Menge geboten, dann nämlich, wenn bei Wiederholung derselben Dosis die Temperatur nicht nur nicht rasch abfällt, sondern im Gegenteile jeweils immer höher wird. Es ist nicht in jedem einzelnen Falle notwendig, bis zur Dosis von 1·0 zu gelangen. Fiebert der Kranke jedesmal kräftig, so kann man sich mit 10 bis 12 Injektionen begnügen.

In allen halbwegs auf Tuberkulose verdächtigen Fällen*) — was übrigens gerade bei den Paralytikern auffallend selten zu sein scheint — wird man natürlich nicht mit 0·01 als Anfangsdosis beginnen, sondern vorsichtig tastend mit Probeinjektionen von 0·0001, 0·0005 und 0·001.

Die Immunisierung, welche nach beendeter Injektionskur einzutreten pflegt, hält sehr verschieden lange an, ohne daß sich bisher diesbezüglich irgend eine Regel bei den paralytischen Kranken ergeben hätte. Manche Kranke reagieren, wenn man die Kur etwa nach drei bis vier Monaten wiederholt, sofort wieder auf die Anfangsdosis von 0·01. Bei anderen wieder kann man auch nach einem halben, ja nach einem ganzen Jahre überhaupt kein Fieber mehr erzielen trotz rascher Steigerung der Dosis.

Das Tuberculinum Kochii ist ein sicheres, exakt zu dosierendes und überall leicht erhältliches Mittel. Immerhin lehrt die klinische Erfahrung bezüglich der spontan auftretenden Remissionen, daß es gerade nicht die Tuberkulose, sondern die Streptokokken- und Staphylokokkeninfektion ist, welche den paralytischen Prozeß so günstig zu beeinflussen imstande ist.

Versuche mit Strepto- und Staphylokokkenvakzine lieferten besonders beachtenswerte Erfolge, als die subkutane mit der intravenösen Applikation vertauscht wurde. An der v. Wagnerschen Klinik gelangt die im Wiener serotherapeutischen Institute hergestellte polyvalente Staphylokokkenvakzine in Verwendung (Ampullen von 10 bis 1000 Millionen Staphylokokken im cm³). Fieberhafte Reaktion in der Regel gering; Injektionen jeden zweiten Tag. Typhusvakzine (Ampullen von 500 Millionen im cm³, hergestellt im Wiener serotherapeutischen Institute). Injektionen jeden zweiten Tag, intravenös. Beginn mit zwei Teilstrichen = 100 Millionen; Ansteigen beiläufig nach dem Schema für die Tuberkulinbehandlung, d. h. je nach Ausfall der fieberhaften Reaktion; für gewöhnlich gelangt man bis zu 1 bis 1·5 cm³, im Maximum bis zu 2·0 cm³. Gleichzeitig damit regelrechte Hg-Behandlung und gleichzeitig damit intravenöse Neosalvarsaninjektionen in einwöchigen Intervallen. (Sechs Einspritzungen à 0·3, 0·45 und vier à 0·6). Unter Erwägung, daß in anophelesfreien Gegenden einerseits die Gefahr einer Übertragung nicht bestehe, daß anderseits eine kombinierte Chinin-Neosalvarsankur ein absolut zuverlässiges und jederzeit anwendbares Heilmittel sei, stellte v. Wagner auch Versuche an, Malariainfektion zu therapeutischen Zwecken heranzuziehen. Blut, einem Malariakranken während eines Fieberanfalles entnommen, ruft bei Überimpfung Malaria hervor, die ihrerseits wieder weiter durch subkutane Injektionen von Blut überimpft werden kann; bei wiederholten Passagen durch den menschlichen Körper verkürzt sich übrigens interessanterweise die Inkubationszeit.

---

*) Besondere Vorsicht diesbezüglich ist am Platze, wenn man Versuche mit Tuberkulininjektionen in Fällen von sekundärer Demenz oder Dementia praecox vornimmt.

Das überimpfte Fieber nimmt gewöhnlich auch bei Tertianainfektion einen mehr quotidianen Verlauf. Die Kur wird nach sieben bis zwölf ausgesprochenen Fieberanfällen abgebrochen.

Derartige Heilversuche sind besonders zu begrüßen auch in Fällen, bei welchen wegen Tuberkulose oder Tuberkuloseverdachtes von Anfang an nicht die Tuberkulininjektionsmethode in Betracht kommen kann, oder zur zweiten Kur bei eingetretener völliger Immunisierung gegen das Tuberkulin. In derartigen Fällen empfiehlt sich auch noch ein Versuch mit subkutanen Injektionen von Natrium nucleinicum (sehr schmerzhaft, Injektion nur etwa alle acht Tage zu wiederholen, durchschnittlich acht Injektionen nach folgender Formel: Natr. nuclein., Natr. chlorati aa 20, Aqu. dest. et steril. 100·0, auf ein- bis zweimal subkutan zu injizieren oder beginnend mit 0·5 bis 1·0 einer 10%igen Lösung, steigend auf 4·0 bis 5·0). Bezüglich der Milchinjektionen behufs Erzeugung künstlichen Fiebers liegen an Paralytikern noch keine genügenden Erfahrungen vor. Ebensowenig abgeschlossen sind die Versuche mit intralumbalen Injektionen von „salvarsanisiertem Serum". Letztere Prozeduren erscheinen übrigens auch keineswegs unbedenklich und wären wohl besser nicht in der Hauspraxis, sondern nur an Kliniken u. dgl. vorzunehmen.

Bei höherem Fieber gebe man einfach kalte Bauschen auf den Kopf: vor allem gründlichste Ableitung auf den Darm, kein Antipyreticum! Abstinenz von Alkohol versteht sich von selbst. (Der Praktiker wird wohl gut tun, die in der Natur des Leidens liegende Möglichkeit einer ziemlich akut einsetzenden paralytischen Manie oder von paralytischen Anfällen den Angehörigen auseinanderzusetzen, da seitens der Laien vielleicht ein Kausalnexus zwischen diesen und dem Fieber angenommen werden könnte.)

Früher hatten wir die Hg-Behandlung der Tuberkulinkur vorausgehen oder nachfolgen lassen. Neuere Erfahrungen lassen uns aber auch eine gleichzeitige Kombination beider Methoden als durchaus indiziert erscheinen, was gewiß wegen der Abkürzung der Behandlungszeit von großem Vorteile ist. Die Patienten erhalten an den Tagen, an welchen keine Tuberkulineinspritzung gemacht wird, 0·02 Hg succinimidat. oder sie machen gleichzeitig eine regelrechte Schmierkur durch (5 Touren à 6 Einreibungen à 3·0). Zum Schlusse der Behandlung soll man noch 6 Injektionen von Neosalvarsan folgen lassen. (Intravenös, allwöchentlich eine à 0·3, 0·45 und vier à 0·6.)

Eine Kombination einer antiluetischen Kur mit Tuberkulininjektionen kann gar nicht so selten ganz erstaunliche Remissionen und Stillstände, sogar bei frischen Fällen Wiedererlangung der Berufsfähigkeit für recht lange Zeit erzielen. Allein auch bei relativ vorgeschritteneren Fällen ist öfters der Eindruck eines gewissen Stationärbleibens des Prozesses, einer Verlängerung des Lebens unabweisbar.*) Dringend empfiehlt sich eine mehrmalige Wieder-

*) Recht interessant ist der unverkennbar günstige Einfluß, welchen diese Behandlungsart auf die „vier Reaktionen" auszuüben imstande ist. Bei quantitativer Auswertung läßt sich eine deutliche, bessernde Einwirkung bezüglich Pleocytose, Wa R

holung der Kur in etwa halbjährigen Zwischenräumen zur Verlängerung der Remissionen.

Vor gewissen therapeutischen Maßregeln und Ratschlägen muß gewarnt werden. Erfahrungsgemäß sind alle irgendwie eingreifenden Kaltwasserkuren kontraindiziert. Es gibt kein sichereres Mittel, einen initialen Paralytiker in einen furibunden Maniakus zu verwandeln, als eine regelrechte hydropathische Kur („Kaltwassermißhandlung").

Alkohol, auch in geringen Gaben, ist bei Paralyse zu verpönen. Körperliche Überanstrengung (Sport) wirkt gleichfalls schädlich und das Leiden beschleunigend. Nicht anzuraten ist ferner eine spezifische Behandlung, etwa Hg-Kur, dann, wenn der Prozeß schon weit vorgeschritten und der Kranke auch körperlich heruntergekommen ist (allenfalls mag man ja ein bißchen Jodkali verordnen). Das Salvarsan (Dioxyamidoarsenobenzol, Ehrlich-Hata „606") erscheint bei Paralytikern mit Neigung zu Anfällen kontraindiziert.

Von den einzelnen Symptomen erfordern ein rasches, direktes Eingreifen die epileptischen Anfälle. Oft bewirkt gründliche Entleerung des Darmes (durch interne und externe Medikation)*) und die Eiskappe (Leiterscher Kühlapparat usw.) allein schon ein Aufhören der Anfälle. Sobald diese aber gehäuft auftreten, ist Amylenhydrat (4·0), Chloralhydrat (3·0) und Luminalnatrium (0·5) am Platze, im ausgebildeten Status epilepticus per Klysma (vorher ja nicht auf Reinigungsklysma vergessen!); man weise das Wartepersonal ferner an, nach Applikation des Klysma die Analöffnung des Kranken einige Zeit manuell zuzuhalten, falls derselbe stark preßt. Während des Status epilepticus unterlasse man alle Versuche, dem Patienten Nahrung per os einflößen zu wollen (Gefahr der Aspiration!), sondern greife im Bedarfsfalle (d. h. nach etwa dreitägiger Karenz) zur Schlundsonde oder Nährklysmen. Am Tage mehrmals vorgenommene Kochsalzinfusionen (je 500 bis 700 *g*) erwiesen sich manchmal auch recht gut. Öfteres Anfeuchten der Lippen, Auswaschen des Mundes mit einer schwachen Rotkalilösung, Feuchthalten der Augen, fleißiger Lagewechsel der Kranken, Sorge für Blase und Mastdarm dürfen ferner nie versäumt werden. Man kann unter Berücksichtigung aller

usw. erkennen. Das Verhalten der Wassermann-Plautschen Reaktion im Serum geht erfahrungsgemäß dem klinischen Bilde nicht parallel. Vorübergehendes Negativwerden des Blut-Wassermanns beobachtete ich in Fällen, welche der Therapie gegenüber sonst ganz refraktär blieben; anderseits kenne ich Paralytiker mit mehrjährigen, bis zur Wiedererlangung der Berufsfähigkeit gediehenen Remissionen, jedoch unverändert positivem Ausfalle der Wa R im Serum.

*) Stete Sorge für genügenden Stuhl ist überhaupt bei den Paralytikern besonders notwendig. Unter dem Einflusse von Koprostase kommt es leicht zu Druckgeschwüren im Darm und damit zu den gefährlichen Pseudodysenterien derartiger Kranker.

dieser Maßnahmen selbst sehr schwere Fälle von Status epilepticus in paralysi noch sich erholen sehen.*)

Zur möglichsten Hintanhaltung des Dekubitus muß der Arzt den Angehörigen, respektive dem Pflegepersonal mit einigen prophylaktischen Winken an die Hand gehen. Vor allem tadellos bereitete Lagerstätte (Hemd, Leintuch usw. glatt, faltenlos, Überreste der Mahlzeit sorgfältig zu entfernen; namentlich achte man auf die stacheligen vertrockneten Brotkrumen), öfterer Lagewechsel der Kranken! Nichts begünstigt ferner das Auftreten des Dekubitus so sehr wie das Naßliegen der Kranken. Es empfiehlt sich, das Gesäß und die angrenzenden Partien ein wenig einzufetten (etwa mit Borvaselin), um eine stärkere Mazeration der Haut durch Flüssigkeit zu vermeiden.

Die Prädilektionsstellen für die Druckbrandbildung, Kreuzbein, Sitzknorren, Fersenhöcker, Schulterblätter usw.**), müssen fleißig besichtigt und, sobald die Haut verdächtig sich zu röten beginnt, hohl gelegt werden (Luftpolster); als ganz zweckmäßig bewährten sich uns öftere Waschungen derartiger Stellen mit spirituösen Mischungen; hat sich trotz aller Vorsichtsmaßregeln doch einmal ein Dekubitus entwickelt, so erfolgt die Behandlung natürlich nach allgemeinen chirurgischen Grundsätzen.

Gegen die oft recht lästige Furunkulose bettlägeriger Kranker bewährt sich die interne Medikation gewisser Hefepräparate (Furunkulin u. dgl.).

Bezüglich der Blasenstörungen***) wurde schon erwähnt, daß in einem Teile der Fälle die Harnverhaltung nur eine scheinbare ist, bedingt durch die Demenz, Unaufmerksamkeit usw. der Kranken, und daß es überraschend oft gelingt, durch wiederholte Aufforderungen usw. die Kranken zum Urinieren zu veranlassen.

Wo es sich um spinal bedingte Formen von Blasenstörungen

---

*) Beim Status epilepticus sieht man zuweilen auch nach Lumbalpunktionen ein Geringerwerden und schließliches Sistieren der Anfälle. Auch die Venaesectio mag versucht werden.

**) Bei marastischen Paralytikern mit Kontrakturen findet sich Druckbrandbildung auch noch an anderen Stellen, z. B. an den inneren Kniehöckern durch wechselseitigen Druck der adduzierten Beine, an der Hohlhand durch Druck der in Beugestellung kontrakturierten Finger. Zur Vorbeugung dieser Zufälle schiebe man ein Kissen zwischen die Kniee, polstere die Hohlhand durch Watte aus usw. Einigemale sah ich auch Dekubitusgeschwüre an der Glans penis durch Aufliegen derselben auf dem Halse der Urinflasche.

***) Der Arzt überzeuge sich stets persönlich vom Verhalten der Blasenentleerung und verlasse sich nicht auf die Angaben der Umgebung etwa in dem Sinne, „der Kranke liegt ja ohnehin meistens naß“ oder „es geht ja ohnehin der Urin immer von selbst ab“. Recht oft handelt es sich dabei um die sogenannte „Ischuria paradoxa“, die Blase ist prall gefüllt, und durch Überdehnung auch des Sphinkters träufelt der Harn ab.

handelt, führt oft ein warmes Sitzbad zum Ziele oder ein Einguß. Mit der Stuhlentleerung geht häufig auch der Urin ab. Nützt all dieses nichts, braucht man noch immer nicht zum Katheter zu greifen. Gerade bei den Fällen mit Hinterstrangaffektion (Fehlen der Patellarsehnenreflexe), wo eine Lähmung des Detrusor vorliegt, kann man die Blase einfach ausdrücken durch sanften steten Druck auf die Blase zu beiden Seiten der Recti abdominis, gerade wie beim Crédéschen Handgriff zur Entfernung der Placenta („Ausdrückbare Blase"). Bei der spastischen Form (Steigerung der tiefen Reflexe) ist aber ein solcher Eingriff gewagt; da muß man, wenn alle übrigen Maßnahmen (warme Bäder usw.) versagen, zum Katheter sich entschließen. Dem Katheterismus lasse man am besten eine sofortige Blasenausspülung mit Borsäure folgen. Recht empfehlenswert ist es, allen Fällen, bei welchen ein Katheterismus notwendig war, durch mehrere Tage intern Urotropin zu geben (etwa 1·5 bis 2·0 auf 3- bis 4mal verteilt).

Unter den kleinen, jedoch praktisch wichtigen Technizismen in der Pflege vorgeschrittener Paralytiker darf auch das schon einmal erwähnte „Ausspeisen" nicht vergessen werden. Solche Patienten schnappen gierig nach jedem Bissen, ehe noch der erste gekaut und verschlungen ist. Mit einemmale treten bedrohliche Erstickungserscheinungen auf, und die ganze Mund-Rachenhöhle erweist sich vollgepfropft mit Speiseteilen. Also größte Geduld und Vorsicht beim Füttern dieser Kranken!

Zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit und Erregung kommen alle die physikalischen und medikamentösen Maßnahmen in Betracht wie bei den übrigen Psychosen. Nur das Chloralhydrat empfiehlt sich gerade bei der progressiven Paralyse weniger, namentlich nicht zu längerem Gebrauche (Blutdruck herabsetzende Nebenwirkung — Dekubitusbildung!), und ebenso scheint das Veronal auf die Dauer gerade bei diesen Patienten leicht toxisch zu wirken.

Die längere, interne Verabfolgung guter Lecithinpräparate kann gleichfalls erwähnt und empfohlen werden.

Ein großer Teil der Kranken kann — bei entsprechenden äußeren Bedingungen — in häuslicher Pflege belassen werden. Bei den manischen Zustandsbildern freilich ergibt sich meist die Notwendigkeit einer Anstaltsinternierung von selbst. Jedenfalls aber soll bei jedem manischen Paralytiker möglichst bald das Entmündigungsverfahren behufs Kuratelverhängung eingeleitet werden, um den eventuellen schweren Folgen begegnen zu können, welche der Kranke über sich und seine Familie in materieller Hinsicht heraufbeschwören kann (unsinnige Spekulationen, Masseneinkäufe u. dgl.).

VIII. KAPITEL.

# DIE DEMENTIA SENILIS (ALTERSBLÖDSINN).

Der Altersblödsinn ist eine auf dem Boden des senilen Marasmus sich entwickelnde zunehmende Demenz, wobei besondere Störungen des Gedächtnisses sowie herdförmig zu lokalisierende Ausfallserscheinungen hervortreten, während in der körperlichen Sphäre charakteristische Symptome, abgesehen von allgemein senilen Veränderungen, fehlen.

## A. Symptomatologie.

### a) Psychisch.

Wir begegnen vor allem gewissen Zügen, welche schon im physiologischen Senium angedeutet, bei der Dementia senilis aber in pathologischer Weise gesteigert sind. Die Merkfähigkeit und damit das Gedächtnis für die Gegenwart und Jüngstvergangenheit leidet schon de norma bei Greisen bis zu einem gewissen Grade, während die Erlebnisse aus früherer Zeit noch treu im Gedächtnisse aufbewahrt geblieben sind. Die reichere assoziative Verknüpfung der letzteren, die Verknüpfung speziell mit Phasen des aktiven Seelenlebens (Jugend- und Mannesalter) bedingt es aber auch, daß sie affektiv stärker betont sind, und zwar vorwiegend im Sinne von Lustgefühlen, während neue, ungewohnte Vorstellungen nicht bloß schwer haften bleiben, sondern auch den festgefügten, zugleich gewissermaßen erstarrten Assoziationskomplexen sich nicht recht einordnen wollen. Daher die Vorliebe der Greise für Schwelgen in Jugenderinnerungen, ihr den Zuhörer oft zur Verzweiflung bringendes redseliges Auskramen tausendmal erzählter Jugendgeschichten; sie sind die ewigen „laudatores temporis acti", die prinzipiellen Feinde des „Neuen". Durchaus im Rahmen des Physiologischen ist auch eine dem Greisenalter im allgemeinen eigenartige Tendenz zu Mißtrauen, ein gewisser Egoismus, Engherzigkeit, hypochondrische Ängstlichkeit um das eigene Wohl und Wehe, übertriebene Sparsamkeit, ja Geiz.

In den Fällen seniler Demenz sind nun diese Züge in pathologischer Weise verzerrt. Das Gedächtnis, speziell wieder die Merkfähigkeit, ist bedeutend herabgesetzt, ja gelegentlich ganz aufgehoben, während die Reproduktion älterer Vorstellungskomplexe mehr minder gut möglich ist. So entwickelt sich ein ganz eigenartiges Bild, das wir mit allen seinen Symptomen auch bei der Amnesie der Korsakoffschen Psychose kennen*). Die Kranken sind desorientiert, können sich keine Einzelheit merken; die Ereignisse ganzer Jahre, ja ganzer Lebensabschnitte sind spurlos verschwunden, während diese Erinnerungslücken durch Pseudoreminiszenzen ausgefüllt werden. Die Patienten leben nur in der Vergangenheit; sie haben z. B. vergessen, daß sie längst geheiratet, erwachsene Kinder, Enkel besitzen, sie geben ihr Alter in täglich wechselnder Weise mit 20 oder 30 Jahren an, sprechen von ihren Eltern als von noch lebenden Personen, rechnen in Geldwährungen, die seit Jahrzehnten außer Kurs gekommen usw.; ein 80jähriges Mütterchen tut schämig und erzählt von einem Stelldichein, das ihrer heute harre, ein silberhaariger Greis jammert in weinerlichem Tone, daß er seine Aufgabe nicht lösen könne und Strafe seitens des Herrn Katecheten fürchte. Die Personen der Umgebung werden verkannt, als Schulkameraden, Verwandte usw. angesprochen. Dabei vermag derselbe Kranke, der nicht die Namen seiner Kinder nennen kann, ja vielleicht überhaupt nicht weiß, daß er je solche erzeugt, fließend die Namen seiner Volksschullehrer oder der Vorgesetzten aus der Militärdienstzeit herzusagen. Die Konstanz der diesbezüglichen Angaben bei wiederholten Examinationen erlaubt wenigstens den Schluß, daß es sich hiebei nicht um einfache Konfabulation handelt. Gerade wie bei der echten Korsakoffschen Psychose spielen nun Erinnerungsfälschungen eine große Rolle. Die Kranken konfabulieren, sind ungemein suggestibel. Teils werden tatsächliche Vorkommnisse ihres Lebens als Ereignisse der Gegenwart erzählt, teils tragen diese Konfabulationen ganz phantastischen Charakter (aus Träumen oder Delirien hervorgegangen?). Die Kranken faseln unausgesetzt vor sich hin von abenteuerlichen Reisen, die sie unternommen, von Schlachten, in denen sie mitgekämpft usw., daß sie „gestern" die Pferde gefüttert hätten, ausgeritten seien, „heute vormittag" Eßwaren verkauft hätten usw.

In den leichteren Fällen, wo die Gedächtnisstörungen nicht so hochgradig sind, daß sie zu vollständiger Desorientiertheit und zu den schweren, oben geschilderten Bildern führen, macht sich das Symptom der Gedächtnisschwäche, der Störung der Merkfähigkeit in

*) Für Fälle, bei welchen diese Erscheinungen besonders ausgesprochen sind, bei sonst leidlicher Kritik und Fehlen von Wahnideen u. dgl., ist auch der Ausdruck „Presbyophrenie" gebräuchlich.

manchen anderen recht charakteristischen Zügen kund. Die Kranken sind „vergeßlich“, sie verlegen z. B. irgend welche Gegenstände, die sie ein paar Augenblicke später nicht mehr finden können, und jammern nun, daß man sie bestohlen habe; Klagen über Diebe und Einbrecher hört man ungemein häufig aus dem Munde senil Dementer. Sehr charakteristisch ist auch in den leichten Fällen ein eigentümlicher Wechsel in der Klarheit des Bewußtseins zwischen Tag und Nacht. Bei Tag, da zahllose Sinnesreize auf den Kranken einstürmen, da jeder sinnliche Eindruck mit zahlreichen Komponenten auf den Kranken einwirkt, erscheinen leichte Fälle ganz geordnet. In der Stille der dunklen Nacht aber vermögen die Kranken sich nicht mehr so leicht zurechtzufinden, sie glauben in einer fremden Wohnung zu sein, weil in ihrem Bewußtsein nur das Erinnerungsbild irgend einer alten, vielleicht vor vielen Jahrzehnten innegehabten Wohnung plastisch lebendig ist; die Kranken werden ängstlich, drängen fort, die Dienerschaft wird nicht erkannt, „lauter fremde Leute sind da“. Aus dem eben Gesagten ergibt sich auch, daß eine senile Demenz längere Zeit mehr minder latent bleiben kann, solange sich die Kranken in ihren alten gewohnten Verhältnissen befinden, daß sich die ganze Schwere des Zustandsbildes aber scheinbar wie mit einem Schlage manifest macht, wenn irgendeine Veränderung in der Umgebung des Kranken Platz greift, z. B. gelegentlich eines Wohnungswechsels. Manche Fälle der nach Kataraktoperationen auftretenden Psychosen lassen sich hier einreihen.

Es wurden ferner Fälle beschrieben, bei welchen Kranke zeitweilig Gegenstände durch den Gesichtssinn nicht wahrnahmen (anscheinend also blind waren), aber das gefundene Objekt sofort erkannten und dann auch sahen, wenn irgendeine andere Sinneskomponente desselben, z. B. dessen taktile oder akustische usw., auch auf den Kranken einwirkte (apperzeptive Blindheit).

Nahezu in allen Fällen lassen sich mehr minder deutliche aphasische, und zwar speziell amnestisch-aphasische Störungen nachweisen. Zuerst leidet selbstverständlich das Gedächtnis für die Eigennamen (gerade wie bei der Paralysis progressiva), dann aber überhaupt das Gedächtnis für Substantiva; in den Reden der Kranken fällt der Mangel an Hauptwörtern auf, die häufige Verwendung von allerlei Flickwörtern, wie „Dingsda“, „Sachen“. In manchen Fällen bewegen sich die sprachlichen Äußerungen der Kranken überhaupt nur mehr in einem sinn- und zusammenhangslosen Gefasel von allgemein gehaltenen Redensarten, leeren Floskeln, die stundenlang immer wiedergekäut werden.

Sprachprobe: „Ja, das ist halt so ein Ding, nämlich wie man sagt, Sie werden schon entschuldigen, das kann man ja auch so oder auch so tun, wie man halt gerade je nach dem man will, es

passend und schicklich und anständig ist, denn schon ein altes Sprichwort sagt: ‚Morgenstunde hat Gold im Munde'. Ja, Sie lachen, sehr natürlich, weil Sie auch ein sehr liebenswürdiger, feiner, das ist wirklich sehr angenehm, es wird mich sehr freuen, aber auch meinerseits, bitte ganz wie man so sagt, halt da wiederum so schön nach und nach, pomali, die gewissen Sachen gemacht haben . . . . usw."

Abgesehen von dieser allgemeinen amnestischen Aphasie werden aber bei der Dementia senilis vielfach vorübergehende oder dauernde aphasische Störungen beobachtet, welche auf herdförmige Läsionen hinweisen können (vide sub pathologische Anatomie), also motorische, sensorische Aphasie mit Perseverieren, Agrammatismus usw., auch Seelenblindheit, Apraxie und ähnliche zu lokalisierende Ausfallserscheinungen. Bei manchen Fällen treten gerade letztere Erscheinungen mehr in den Vordergrund, während die Korsakoffschen Symptome weniger ausgesprochen sind.

Neben der Gedächtnisstörung beobachten wir aber auch eine eigentliche Demenz, vor allem mehr minder hochgradige Kritik- und Urteilsschwäche.

In den höchsten Graden nun kommt es gerade wie bei der progressiven Paralyse zum Vergessen aller seelischen Erwerbungen, überhaupt zu völliger Asymbolie. Die Kranken sind total verblödet, müssen gefüttert, angekleidet werden, sind unrein mit Kot und Urin, dauernd zu Bett.

Auf dem Boden der senilen Demenz nun werden wieder eine Reihe anderer psychopathischer Züge beobachtet (Wahnideen, Sinnestäuschungen usw.). Sehr häufig macht sich im Beginne des herannahenden Altersblödsinnes eine Charakterveränderung ad pejus geltend, und zwar zu einer Zeit, da die intellektuellen Defekte noch kaum nachweisbar sind. Die Kranken werden reizbar, es zeigen sich Erscheinungen gesteigerter Genußsucht, die Patienten beginnen mit einem Male in Alkohol zu exzedieren, speziell aber wird eine gesteigerte sexuelle Erregbarkeit nicht selten beobachtet. Die Patienten tragen sich plötzlich wieder mit Heiratsabsichten, schließen wohl auch irgend eine ganz unpassende Ehe. Häufig bewegt sich der Sexualtrieb in abnormer Richtung. Es kommt zu Exhibitionieren, Unzuchtsattentaten an kleinen Kindern (Paedophilia erotica), wodurch viele der Kranken kriminell werden.

Dabei handelt es sich selbstverständlich nahezu ausnahmslos um eine lediglich zentral bedingte Steigerung der Libido sexualis bei gleichzeitiger Impotenz. In einigen wenigen Fällen scheint aber auch die Potenz nach langem Daniederliegen wieder aufflackern zu können.

In manchen Fällen treten Wahnvorstellungen auf, zumeist ent-

sprechend dem senilen Mißtrauen vom Charakter der Beeinträchtigungsideen; eine gewisse klinische Besonderheit nimmt hier der sogenannte senile Eifersuchtswahn ein (ganz vom Typus der alkoholischen Eifersuchtsideen). Es werden ferner Verfolgungsideen beobachtet (die so stereotypen Klagen, bestohlen zu werden, wurden schon früher erwähnt) und hypochondrische Wahnvorstellungen. Auch Sinnestäuschungen kommen vor und bewegen sich in derselben Richtung wie die Wahnvorstellungen. Die Kranken hören sich beschimpft, man streue ihnen Gift auf das Bett, in die Speisen, sie würden gestochen, gemartert usw. Einer meiner Kranken, zugleich ein Fall von Spätepilepsie, erzählte bei jeder Visite, daß in der Nacht Hunde in sein Bett gesprungen wären und ihm sein Glied weggefressen hätten. Seltener sind Größenideen, die weniger ungeheuerlich und mit geringerer Euphorie geäußert werden, als wir dies bei der progressiven Paralyse zu sehen gewöhnt sind.

Es finden sich ferner interkurrente delirante Verworrenheitszustände ganz vom Charakter der epileptischen Psychosen, möglicherweise auch von derselben Pathogenese; multiple kleine Erweichungsherde sind ja häufig der Ausgangspunkt einer Epilepsia senilis, die konvulsiven Anfälle können gelegentlich übersehen werden. Was in Erscheinung tritt, ist dann nur vielleicht das postparoxysmelle Koma und der darauffolgende Verworrenheitszustand. Beschäftigungsdelirien, täuschend ähnlich denen beim Alkoholdelirium, treten vorübergehend auf bei Patienten, die vielleicht seit Jahr und Tag wegen Altersblödsinn in Anstaltspflege sich befinden oder bei denen sonst Alkoholismus sicher ausgeschlossen werden kann. Es versteht sich von selbst, daß in allen diesen Fällen der Nachweis der senilen Demenz an sich gelingen muß, wenn derlei Zustände überhaupt als dem klinischen Bilde des Altersblödsinnes zugehörig aufgefaßt werden sollen. Mit den hier angedeuteten vorübergehenden deliranten Verworrenheitszuständen sind also natürlich nicht Fälle von Amentia, Delirium tremens usw. gemeint, an denen ein seniles Individuum erkrankt. Das eben Gesagte gilt auch von eigentümlichen manischen und depressiven Phasen, welche beim Altersblödsinn in Erscheinung treten können und die nicht verwechselt werden dürfen mit einer typisch zirkulären Geistesstörung, deren erster Anfall erst im Greisenalter ausbricht.

Das Verhalten der Stimmung ist verschieden. Im allgemeinen ist dieselbe sehr labil. Kindische Heiterkeit, eine behagliche Euphorie wechselt ab mit rasch auflodernder und ebenso rasch wieder verpuffender, zornmütiger Erregung, mit larmoyanter mürrischer, nörgelnder Weinerlichkeit. Selbstverständlich wird die Stimmung auch sehr beeinflußt durch die oben erwähnten Wahnideen und Sinnestäuschungen.

**b) Somatisch.**

Zumeist finden sich auch alle körperlichen Erscheinungen des senilen Marasmus, hochgradige allgemeine Arteriosklerose, atrophische, häufig von Petechien durchsetzte Haut, dürftiger Ernährungszustand, Gerontoxon, Tremor senilis usw. Die Pupillen sind miotisch, reagieren oft träge und mit geringer Exkursionsweite („Verholzung der Iris"), aber entschieden auf Licht. Der Schlaf ist oft hochgradig gestört. Doch geht die Schwere des psychischen Zustandsbildes im einzelnen Falle durchaus nicht immer parallel dem körperlichen Marasmus. Neuritische Veränderungen mehr minder schweren Grades scheinen sich gerade bei den Fällen häufiger zu finden, bei welchen psychischerseits der Korsakoffsche Symptomenkomplex besonders stark ausgeprägt ist. In vielen Fällen wieder prävalieren Herdsymptome, vorübergehende oder dauernde Reiz- und Ausfallserscheinungen, konvulsive Anfälle, Paresen, Aphasien, Seelenblindheit usw.

## B. Verlauf und Prognose.

Der Altersblödsinn setzt gewöhnlich in sehr vorgerücktem Alter ein (nach dem sechsten bis siebenten Dezennium); in einigen Fällen aber wird schon vor diesem Alter ein klinisches Zustandsbild beobachtet, das durchaus der Dementia senilis entspricht (Senium praecox). Das vorher erwähnte manische Vorstadium mit der eigenartigen Charakterveränderung ad pejus kann in manchen Fällen jahrelang dem eigentlichen Blödsinn vorausgehen. Der Verlauf ist ein chronischer, die Dauer aber naturgemäß schon in Rücksicht auf das hohe Alter eine beschränkte, durchschnittlich einige Jahre während. Remissionen, wie bei der Paralyse, kommen nicht vor*).

Die Prognose ist ungünstig sowohl quoad vitam wie quoad sanationem. Der Exitus erfolgt entweder unter dem Bilde eines allgemeinen hochgradigen Marasmus, wobei der Obduktionsbefund nur die Zeichen der schwersten universellen Atrophia organorum ergibt, oder durch irgendwelche Komplikationen, wobei Druckbrandbildung, insbesondere die fast unvermeidlichen hypostatischen Pneumonien die Hauptrolle spielen; gelegentlich wird der Tod durch eine Apoplexie oder Herzlähmung herbeigeführt.

Gerade bezüglich der Prognosestellung kann aber nicht scharf genug betont werden, daß die Diagnose absolut feststehen muß, da echte funktionelle, daher an sich heilbare Psychosen eben auch einmal bei senilen Individuen vorkommen können.

*) Wo solche in ausgesprochenem Maße beobachtet werden, handelt es sich nicht um die echte, reine Dementia senilis, sondern um Geistesstörungen auf zerebral-arteriosklerotischer Basis, beziehungsweise um Kombinationen dieser beiden Formen.

## C. Differentialdiagnose.

So überflüssig die Bemerkung klingen mag, muß man sich stets vor Augen halten, daß die Diagnose „Altersblödsinn" nicht nach dem Geburtsschein des Patienten gestellt werden darf, d. h. daß nicht jede bei einem alten Individuum aufgetretene Geistesstörung eine Dementia senilis sein muß.

Der Nachweis der Demenz, und zwar der eigenartigen Gedächtnisstörung ist hier das Wichtigste. In foro criminali muß in den Fällen, wo der intellektuelle Defekt noch kaum angedeutet ist, gerade die Veränderung des Charakters betont werden, der Hinweis, daß z. B. das betreffende Sittlichkeitsdelikt von einer Persönlichkeit verübt wurde, welche ein tadelloses moralisches Vorleben führte, niemals sexuell oder sonst irgendwie sich vergangen hatte. Häufig wird die Straftat in ganz plumper Weise auf belebter Straße bei hellichtem Tage begangen. Anderseits wird der Mangel von Ablenkbarkeit, von unverkennbaren Stimmungsanomalien, Vielgeschäftigkeit, Rededrang, kurz von manischen Symptomen vor einer Verwechslung schützen mit einer periodischen Manie, deren erster Anfall etwa bei schon bejahrten Individuen sich zeigen kann.

Gegenüber der progressiven Paralyse wird naturgemäß einmal der Mangel der charakteristischen somatischen Begleiterscheinungen in die Wagschale fallen (Argyll-Robertson, Dysarthrie), das hohe Alter, die besonders hervorstechenden amnestischen, aphasischen Erscheinungen in den sprachlichen Äußerungen, eventuell negativer Ausfall der Komplementablenkung im Serum und Liquor; auch bei heiterer Verstimmung beobachten wir nie die überquellende Euphorie und die abundanten Größenideen der Paralytiker.

Schwieriger (allerdings praktisch irrelevant) ist die Abgrenzung gegenüber Blödsinnsformen auf arteriosklerotischer Grundlage (vide sub Kap. IX). Meist handelt es sich übrigens um eine Kombination beider Prozesse.

Nach dem, was im Kapitel Symptomatologie über das Verhalten der Gedächtnisstörung gesagt wurde, ergibt sich von selbst, daß eine Korsakoffsche Psychose bei einem senilen Individuum nur schwer auseinandergehalten werden kann von einer Presbyophrenie. Wir hatten z. B. auf der Klinik einen alten Herrn, bei dem akut, aus voller geistiger Gesundheit heraus, nach einem typischen Alkoholdelirium sich das Bild der polyneuritischen Geistesstörung entwickelte und bei welchem Falle hauptsächlichst die Anamnese und Ätiologie diese letztere Diagnose gegenüber einer gewöhnlichen Dementia senilis rechtfertigen konnte. Namentlich aber ist neben der Gedächtnisstörung auch die Kritiklosigkeit beim Altersblödsinn sehr hervorstechend im Gegensatze zum Korsakoffschen Symptomenkomplex.

Endlich kann nicht verschwiegen werden, daß, wie schon einleitend bemerkt, manche Fälle fließend hinüberführen in das breite Grenzgebiet des physiologischen Seniums.

## D. Ätiologie.

Über die Ätiologie ist uns nichts bekannt; wir wissen nicht, warum gerade bei dem einen Individuum die körperlichen und geistigen Involutionserscheinungen das Maß des Physiologischen nicht überschreiten, warum bei dem anderen relativ früh das typische Bild der Presbyophrenie sich einstellt. Erbliche Belastung spielt dabei keine Rolle, wie umgekehrt die Dementia senilis als erblich belastender Faktor für die Deszendenz nicht in Betracht kommt.

## E. Pathologische Anatomie.

Das Gehirn weist eine schwere Atrophie auf, welche aber im Gegensatze zu der progressiven Paralyse eine mehr gleichmäßige ist, nicht so sehr auf den Stirnlappen beschränkt. Ependymitis granulosa findet sich nur selten. Interessant sind Fälle, bei welchen die gleichmäßige allgemeine Atrophie herdförmig stärker ausgesprochen ist, was intra vitam dauernde Herderscheinungen zur Folge gehabt hätte. Abgesehen von diesen lokalisierten herdförmigen Atrophien werden aber nicht so selten vereinzelte gröbere oder multiple kleinere eigentliche Erweichungs- und Blutungsherde gefunden, hämorrhagische Zysten usw. Histologisch fand man unter anderem Pigmentatrophie der Ganglienzellen, eigentümliche miliare Sklerosen usw.

## F. Therapie.

Die Behandlung kann nur eine rein symptomatische sein. Bezüglich der Behandlung der Schlaflosigkeit und der Erregungszustände sei nur besonders betont, daß das Chloralhydrat, namentlich dessen längerer Gebrauch, hier kontraindiziert ist. Auch das Veronal scheint gerade bei senilen Individuen leicht giftig zu wirken. In manchen Fällen seniler Agrypnie leistet ein wenig Alkohol ganz gute Dienste.

Der Vorbeugung und Bekämpfung des Druckbrandes muß eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden, ebenso dem Verhalten der Blasen- und Darmfunktion.

---

IX. KAPITEL.

# DAS ARTERIOSKLEROTISCHE IRRESEIN.

**Aus der bunten Mannigfaltigkeit der Erscheinungen, welchen arteriosklerotisch bedingte Hirnveränderungen zugrunde liegen, lassen sich einige Typen herausgreifen, welche klinisch genauer abgrenzbar sind und auch einem verschiedenen pathologisch-anatomischen Substrate entsprechen. Freilich sei betont, daß die Bilder durch zahlreiche Übergangs-, beziehungsweise Mischformen fließend miteinander verbunden sind, daß sehr häufig Kombinationen der verschiedenen Prozesse vorkommen und daß Kombinationen der arteriosklerotischen Psychosen s. str. mit anderen organischen und funktionellen Geistesstörungen beobachtet werden. Hier seien nur die zwei praktisch wichtigeren besprochen.**

## A. Symptomatologie.

### a) Psychisch.

α) Die leichteste nervöse Form der Hirnarteriosklerose. Die psychischen Veränderungen, welche sich ganz allmählich entwickeln, lassen sich am ehesten unter der Bezeichnung „Neurasthenischer Symptomenkomplex" zusammenfassen. Die Kranken werden auffallend reizbar, „launenhaft", sind unmotivierten Stimmungsschwankungen unterworfen, wobei als Grundton eine depressiv-hypochondrische Stimmungslage vorherrscht. In charakteristischem Kontrast dazu steht eine gewisse dauernde Stumpfheit des Affektlebens, eine Herabsetzung der „Ansprechbarkeit der Affektseite". Bei geistiger Anstrengung ermüden und versagen die Patienten leicht; es macht sich eine allgemeine, mehr minder deutliche Erschwerung der Auffassung und Verlangsamung der Reaktionszeit bemerklich. Das Gedächtnis leidet, und zwar ist es besonders die Merkfähigkeit, welche diese Störungen aufweist, während die Reproduktionsfähigkeit relativ gut erhalten bleibt. Früh schon setzt eine ganz eigenartige „geistige Sterilität" ein; während der Gedankengang in alten „ausgeschliffenen" Bahnen ganz gut sich bewegt, die Patienten mit ihren alten Vorstellungskomplexen und Kenntnissen gut operieren können, mangelt ihnen bald die Lust und vor allem die Fähigkeit zum Erwerben neuen geistigen Besitzes, etwas Neues hinzuzulernen, etwas Neues in Angriff zu nehmen, Neues zu schaffen. Selbstverständlich tritt diese Erscheinung gerade

bei Kopfarbeitern, Künstlern, Gelehrten usw. besonders deutlich zu Tage. („Der Mann wird alt.“) Zum Unterschiede von der physiologischen präsenilen Involution, welcher ja bekanntlich auch Herabsetzung der Merkfähigkeit und jene geistige Sterilität bis zu einem gewissen Grade eigen sind, herrscht bei dieser Form der arteriosklerotischen Hirndegeneration fast ausnahmslos ein sehr lebhaftes Krankheitsgefühl und tiefe Krankheitseinsicht. Differentialdiagnostisch kommen ferner eigentümliche Intensitätsschwankungen*) in Betracht, ein oft überraschender Wechsel, d. h. erstaunliche Besserungen (eine Erscheinung, welcher wir übrigens in der Klinik der arteriosklerotischen Psychosen überhaupt nahezu ausnahmslos begegnen). Auf somatischem Gebiete sind es hauptsächlichst Kopfschmerzen und Schwindel, welche das Krankheitsbild beherrschen (vide des genaueren sub *b*); schwere apoplektiforme Insulte werden seltener beobachtet, doch vermißt man selten bei genauerem Zusehen allerlei mehr minder deutliche Halbseitenerscheinungen motorischer oder sensibler Art. Natürlich wird der somatische Befund in vielen Fällen durch arteriosklerotische Prozesse in anderen Organen (Herz, Nieren usw.) kompliziert.

Die Prognose ist nicht zu ungünstig; abgesehen von den spontanen so häufigen Remissionen wohnt gerade dieser Form die Tendenz zu einer rapiden Progredienz nicht inne und führt nur selten im weiteren Verlaufe zu schweren psychischen Veränderungen.

β) Die schwere progressive arteriosklerotische Hirndegeneration. Das Wesentliche ist eine eigenartige, meist schubweise zunehmende Verblödung; auf dem Boden dieser Demenz nun treten in sehr vielen Fällen noch anderweitige psychopathische Symptome auf, Delirien, Wahnideen usw., so etwa wie wir von einer paralytischen Demenz und von paralytischen Geistesstörungen reden.

Zunächst sei die arteriosklerotische Verblödung gesondert betrachtet. Als das charakteristische (in allen Stadien wahrnehmbare) Symptom ist die Verlangsamung und Erschwerung des Gedankenablaufes, die Hemmung der assoziativen Tätigkeit zu erblicken, wodurch nicht so selten die Demenz bei oberflächlichem Examen höhergradig erscheint, als sie tatsächlich ist. Das Gedächtnis leidet, und zwar ist es, wie bei der Presbyophrenie oder dem Korsakoffschen Symptomenbilde, vorzugsweise die Merkfähigkeit, welche erheblich schwer geschädigt ist. Die Reproduktionsfähigkeit für der Vergangenheit angehörige Vorstellungskomplexe kann auffallend gut erhalten bleiben. Überhaupt ist sehr bemerkenswert, daß Reste gesunder Vorstellungen, Reste der ursprünglichen Persönlichkeit usw. auch in

---

*) Die abendlichen Remissionen der Neurastheniker konnte ich auch in einigen Fällen zweifelloser zerebraler Arteriosklerose ganz regelmäßig beobachten.

späten Stadien auffallend intakt bleiben können; es erscheint so die Gedächtnisstörung und die geistige Schwäche eigentümlich „partiell" („démence lacunaire" der französischen Autoren im Gegensatze zur „démence globale"). Auch die Kritik, die Urteilsfähigkeit erfährt nur langsamer eine schwere Einbuße. Kranke, welche ob der Hemmung und Erschwerung der assoziativen Tätigkeit, ob der Herabsetzung ihrer Merkfähigkeit schon als schwer verblödet erscheinen, überraschen oft durch große Bruchstücke früherer Kenntnisse, durch zutreffende Urteile u. dgl. In Anstalten sieht man nicht selten schwachsinnige Arteriosklerotiker, welche verhältnismäßig gut Tarock spielen.

Mit dem eben Gesagten hängen wohl folgende zwei Züge zusammen, welche uns bei Betrachtung der arteriosklerotischen Demenz nicht entgehen können. Im Gegensatze zur Presbyophrenie sind die Kranken auch bei hochgradig gestörter Merkfähigkeit meist nicht suggestibel, sie zeigen auch wenig Tendenz zum Ausfüllen der Erinnerungslücken durch Konfabulieren. Ferner wird die gegenstandslose Euphorie, das gänzlich mangelnde Krankheitsbewußtsein, wie wir dies z. B. bei der paralytischen Demenz sehen, meist vermißt, im Gegenteile tritt uns ein lebhaftes Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht entgegen — selbst noch in späten Stadien — (Angst, „zu verblöden", Furcht vor Irresein usw.). Ganz auffallend sind die — mitunter staunenswerten — Remissionen, beziehungsweise der Wechsel in der Intensität der Symptome. Ungeahnte Besserungen können sich, sozusagen über Nacht, einstellen, bis in eigentümlich schubweisem Verlaufe die Demenz stetige Fortschritte macht.

Was die Terminalstadien anbelangt — freilich erreichen nur wenige Patienten die Endstadien, die meisten unterliegen interkurrenten körperlichen Affektionen, unter denen hypostatische Pneumonien und Schlaganfälle eine Hauptrolle spielen; die durchschnittliche Dauer beträgt 1 bis 6 Jahre —, so zeigt sich, daß jener auffallende Unterschied zwischen der „démence lacunaire" und „globale" sich schließlich ganz verwischt, daß in den terminalen Stadien die Verblödung bei den Arteriosklerotikern gerade so weitgehend und alles umfassend ist, wie in den Endstadien der progressiven Paralyse oder des Altersblödsinns. Die Kranken werden vollständig hilflos, müssen gefüttert und betreut werden wie Säuglinge, lassen Kot und Harn unter sich, führen endlich ein rein vegetatives Leben ohne jegliche Spuren irgendwelcher psychischer Prozesse oder scheuern und zupfen in faselig planloser Weise an ihrem Körper, an den Wäschestücken umher usw. usw.

Es wurde früher von dem Mangel einer Euphorie und dem tiefen Krankheitsgefühle dieser Patienten gesprochen. Dementsprechend beobachten wir vorzugsweise eine depressive Affektlage; weinerlich-traurige Stimmung, oft mit Klagen über das Gefühl geistiger Insuffi-

zienz, zuweilen verbunden mit echten hypochondrischen Wahnideen, ist namentlich in den Anfangsstadien recht häufig zu sehen und gewährt melancholieartige Zustandsbilder. Nicht selten gehen den schweren psychischen Ausfallserscheinungen längere Zeit Zustandsbilder voraus, welche symptomatologisch recht einer präsenilen Melancholie ähneln und die sich auch mehrmals wiederholen können. Abgesehen von diesen eben erwähnten affektiven Störungen begegnet man häufig — namentlich in den Anfangsstadien — großer Rührseligkeit, abnorm gesteigerter Reizbarkeit, explosivartig auftretenden Zuständen zornmütiger Erregung. Die Affektlage erweist sich meist recht labil, zeigt rasche, durch äußerliche Momente nicht oder kaum begründete Schwankungen. Später verflacht gewöhnlich der Affekt, die Patienten werden stumpf, apathisch.

Die Anfangsstadien, welche sich mitunter auf mehrere Jahre erstrecken können, zeichnen sich wie bei der „neurasthenischen“ Form unter anderm auch durch die abnorm leichte Ermüdbarkeit der Kranken aus. In einigen Fällen gehörte zu den Anfangssymptomen eine eigenartige ethische Depravation, Steigerung eines brutalen, egoistischen Charakters. In einem meiner eigenen Fälle entwickelte sich bei einer laut Anamnese ethisch hochstehenden Persönlichkeit eine wahre Charakterveränderung im Sinne etwa einer „folie raisonnante“ der alten Autoren, maßlose Reizbarkeit, unleidliches Querulieren, Provozieren von Konflikten, Lust am Schadenstiften usw., und erst nach Jahresfrist gesellten sich dem hinzu ausgesprochene Erscheinungen der arteriosklerotischen Gehirnatrophie. Die Gedächtnisabnahme macht sich am frühesten im Entfallen von Namen, Daten usw. bemerkbar. Sehr frühe aber schon prädominieren im Krankheitsbilde die somatischnervösen transitorischen oder dauernden Herdsymptome mit ihren Ausfalls- und Reizerscheinungen (vide nächsten Abschnitt).

In vielen Fällen nun sind die bisher skizzierten Symptome überhaupt die einzigen, mit denen der arteriosklerotische Hirnprozeß einhergeht, und unter steten Oszillationen, schubweise schreitet die Demenz fort, bis die Kranken in die Endstadien gelangen.

Aber auch dort, wo die nunmehr im folgenden zu erörternden anderweitigen psychopathologischen Erscheinungen auftreten, spielen diese nie eine besonders hervorstechende Rolle im Krankheitsbilde. Von diesen der arteriosklerotischen Demenz gewissermaßen „aufgepfropften“ Symptomen seien folgende als die häufigeren und wichtigeren erwähnt.

Sehr häufig kommen im Verlaufe der Krankheit deliriöse Verworrenheitszustände vor, welche symptomatologisch den epileptischen Dämmerzuständen durchaus ähneln; multiple Sinnestäuschungen, vornehmlich des Gesichts- und Gehörsinnes, Bewußtseinstrübungen mit

Desorientiertsein und Verkennung der Umgebung, schreckhaften Wahnideen und entsprechender Affektlage (Angstparoxysmen) sowie psychomotorischer Erregung, folgender Amnesie wurden oft beobachtet. Nicht selten treten derartige Phasen im Gefolge von epileptischen oder Schlag-Anfällen auf.

Wahnideen werden gleichfalls nicht so selten beobachtet (abgesehen von den eben erwähnten transitorischen deliranten Phasen). Dieselben sind meistens depressiver oder hypochondrischer, persekutorischer Art; viel seltener finden sich expansive Wahnvorstellungen, eigentliche Größenideen. Wo letztere sich entwickeln, sind sie meist sozusagen „trivialer" Art, mehr dem Alltagsleben, dem Berufe, dem Milieu der Kranken entnommen, nicht vom Typus der abundanten ungeheuerlichen paralytischen Megalomanie. Im allgemeinen entbehren die Wahnvorstellungen jeglicher Systemisierung, werden keineswegs fix festgehalten, beschränken sich auf vage Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen (bestohlen zu werden, Vergiftungsideen usw.) oder hypochondrische Klagen (keinen Magen, keinen Stuhl) usw.

**b) Somatisch.**

Irgend ein Parallelismus zwischen Schwere der Arteriosklerose der peripheren und der der Hirn-Gefäße besteht durchaus nicht. Rigide, geschlängelte Arteriae temporales und radiales finden sich bei relativ gesunden Hirnarterien, und umgekehrt. Es scheint, daß eher als aus dem Verhalten der peripheren aus dem Befunde der Netzhaut-, beziehungsweise Chorioideal-Gefäße Schlüsse auf die Beschaffenheit der Hirnarterien gezogen werden dürfen.

Sehr mannigfach sind die Pupillenbefunde. Völlig normal reagierende Pupillen, träge Reaktion, Anisokorie, in sehr seltenen Fällen auch echter Argyll-Robertson und absolute Starre, dabei zuweilen Wechsel dieser Symptome bei einem und demselben Falle wurden beobachtet. Die Irides erscheinen „verholzt" wie bei der Dem. senilis.

Ein nahezu konstanter Befund ist eine mehr minder bedeutende Herzhypertrophie sowie Schrumpfniere. Der Blutdruck ist zumeist, aber durchaus nicht immer, abnorm hoch. Dem erhöhten Blutdruck entsprechend ist der Puls hart, gespannt. Als Werte finden sich Zahlen von 150 bis 200 *mm* Hg., mittels des Gärtnerschen Tonometers gemessen; in einem meiner Fälle ergab die Messung dauernd den gewiß exzeptionellen Wert von 220 *mm* Hg. Es soll speziell für zerebrale Arteriosklerose der Befund sprechen, daß der an der Temporalis (mittels des v. Baschschen Sphygmomanometers) gemessene Blutdruck ansteigt bei nach vorne gebeugter tiefer Haltung des Kopfes.

Kopfschmerzen gehören zu den konstantesten und quälendsten Symptomen der Hirnarteriosklerose, speziell der leichteren Form. Die-

selben scheinen aber bei der schwereren Form hauptsächlichst den Frühstadien zuzukommen; sobald die Demenz (und die Atrophie) höhere Grade erreicht, pflegen die Kranken nicht mehr über Kopfschmerzen zu klagen (es wäre dies so wie bei der progressiven Paralyse). Die Kopfschmerzen sind meist diffuse*), erreichen zuweilen eine außerordentliche Intensität, namentlich bei Anstrengung der Bauchpresse, stärkeren körperlichen Bewegungen, Aufregungen, bei Kälteeinwirkung**) u. dgl., treten in der Regel schon in den Frühstunden auf (zuweilen werden die Patienten durch Kopfschmerz aus dem Schlafe geweckt) und halten nun entweder den ganzen Tag in unverminderter Heftigkeit an (trotz Medikation) oder verlieren sich allmählich gegen Mittag zu***). Abgesehen von diesem dauernden Kopfschmerz kommen häufig die verschiedensten echten Neuralgien vor, namentlich z. B. im Bereiche des Occipitales. Warzenfortsatz und Ansatz des Kopfnickers sind häufig stark druckempfindlich. Bekannt sind auch die ausstrahlenden Schmerzen längs der großen Gefäße, die neuralgiformen Schmerzen der Arme, der Intercostales usw.

Schwere stenokardische Erscheinungen, Anfälle von Angina pectoris usw. scheinen gerade bei den arteriosklerotischen Psychosen seltener zu sein.

Der Schlaf ist in den Anfangsstadien nahezu ausnahmslos schwer gestört, um bei fortschreitender Demenz normalem oder sogar abnorm gesteigertem Schlafbedürfnisse Platz zu machen, abgesehen natürlich von den interkurrenten deliranten Verworrenheits- und Erregungszuständen. Meist dämmern die Kranken in den terminalen Stadien dauernd dahin in einem apathischen Zustande, von dem man kaum entscheiden kann, ob die Patienten schlafen oder nicht. Einigemale sah ich eine Art „Typus inversus“ des Schlafverhaltens in der Weise, daß die Kranken nachts in eigentümlich faseliger Verworrenheit perorierten, planlos herumhantierten, erregt waren, tagsüber aber fest schliefen.

Schwindelanfälle mit oder ohne Brechreiz sind eine in den frühen Stadien auch nahezu konstante Begleiterscheinung.

---

*) In einigen Fällen gingen den dauernden schweren Kopfschmerzen jahrelang eigentümliche, blitzartig den Kopf wie „fliegende Stiche“ durchschießende Kopfschmerzen voraus. In einigen meiner Fälle, die in der Jugend an schweren Migräneanfällen gelitten hatten, welche zur gewöhnlichen Altersperiode spontan aufhörten, war auch der allmählich sich entwickelnde arteriosklerotische Kopfschmerz streng halbseitig.

**) Öfters ist auch eine Abhängigkeit von Barometerschwankungen nicht zu verkennen, indem mit jeder atmosphärischen Depression die Intensität der Kopfschmerzen steigt. Bekanntlich vertragen übrigens Arteriosklerotiker Höhenluft überhaupt schlecht.

***) Zuweilen sind die quälenden Kopfschmerzen nach einem apoplektischen Insulte wie abgeschnitten, um nach einiger Zeit wieder einzusetzen und allmählich ihre frühere quälende Heftigkeit zu erreichen.

Mit zur Symptomatologie gehörig sind häufig sich wiederholende Schlaganfälle und epileptische Krämpfe, welche in allen Stadien vorkommen. Erstere sind teilweise apoplektische Insulte mit dauernden Ausfallserscheinungen, mit spastischen Paresen, Kontrakturbildung usw., teils ähneln sie den apoplektiformen Anfällen der Paralytiker, d. h. sind mehr transitorischer Art. Die mannigfaltigsten Parästhesien (Ameisenlaufen, Gefühl von Steifwerden usw.) gehen diesen apoplektischen Anfällen voraus oder treten als Begleiterscheinungen oder gewissermaßen vikariierend auf. Die epileptiformen Anfälle haben meist Jacksonschen Typus; aber auch generalisierte Krämpfe werden nicht selten beobachtet; viele Fälle sogenannter Epilepsia senilis s. tarda, auch mit den entsprechenden epileptischen Psychosen (halluzinatorischen Verworrenheitszuständen u. dgl.) rubrizieren hieher.

Den Insulten entsprechend findet man an den Gliedmaßen die verschiedenartigsten Halbseitenerscheinungen im Bereiche der Motilität, Sensibilität und der Reflexe. Letztere sind meist gesteigert (ganz abgesehen selbstverständlich von der Differenz derselben, beziehungsweise Steigerung auf der hemiparetischen Seite), seltener herabgesetzt oder fehlend. Zuweilen stehen, entsprechend der jeweiligen besonderen Lokalisation des atheromatösen Prozesses, bulbäre oder spinale Symptome im Vordergrunde des Krankheitsbildes.

In zahlreichen anderen Fällen spielen transitorische oder dauernde Reiz- und Ausfallserscheinungen kortikaler Genese, insbesondere Herdsymptome eine große Rolle, aphasische Störungen der verschiedensten Art, Hemianopsie, zerebrale Ataxie, apraktische Störungen, Zustände von Seelenblindheit, Rindentaubheit, Dyslexie usw. Zwangslachen und -weinen gehören auch zu den häufigeren Symptomen.

In sehr vielen Fällen entwickelt sich eine allmählich zunehmende, artikulatorische, spastisch-ataktische, skandierende Sprachstörung (also abgesehen von den oben erwähnten bulbären und aphasischen Formen), doch ist deren Typus anders als der der paralytischen, er ähnelt mehr dem des Apoplektikers; oft macht sich eine auffallende Verlangsamung der Sprache bemerkbar.

Gerade wie bei Besprechung der psychischen Symptomatologie als eine der charakteristischesten Erscheinungen der rasche Wechsel im Krankheitsbilde erwähnt wurde, so zeichnen sich auch alle die nunmehr angeführten motorischen Reiz- und Ausfallserscheinungen häufig durch überraschenden Intensitätswechsel, beziehungsweise Restitutionsfähigkeit aus.

## B. Ätiologie.

In quantitativer Hinsicht spielt erbliche Belastung eine sehr geringe Rolle; wo eine solche vorliegt, tritt sie vorzugsweise in der

Form der senilen oder arteriosklerotischen Demenz auf oder von Apoplexie. Das männliche Geschlecht prävaliert, wohl zusammenhängend mit der stärkeren Beteiligung desselben am Alkoholismus und Nikotinmißbrauche. Der Beginn der psychischen Veränderungen fällt im Durchschnitte in die 50er bis 60er Jahre. Von großer Bedeutung ist der chronische Alkoholmißbrauch, auch Nikotinabusus wird angeschuldigt, Saturnismus, Lues, dauernde körperliche Überanstrengung, ebenso intellektuelle, besonders aber affektive Überanstrengung, Sorgen, deprimierende Momente, hohe Verantwortlichkeit usw. Bei Kriegsteilnehmern, und zwar nicht nur bei Frontkämpfern, sondern auch unter solchen, welche nur im Hinterlande, beziehungsweise im Etappenraume Dienst gemacht hatten, sahen wir die verschiedensten Formen der zerebralen Arteriosklerose schon in auffallend frühem Alter auftreten (zwischen dem 40. bis 50. Lebensjahre). Es scheint ferner, daß ein Schädeltrauma an sich, ebenso eine traumatische Neurose auf eine vordem noch ziemlich oder völlig symptomenlos bestehende zerebrale Arteriosklerose einen rapid verschlimmernden Einfluß auszuüben vermag.

## C. Differentialdiagnose.

Differentialdiagnostisch kommt zunächst die Neurasthenie in Betracht.

Man sei überhaupt mit der Diagnose „Neurasthenie" bei einem älteren Individuum sehr vorsichtig und zurückhaltend. Schon die Anamnese vermag uns wichtige Anhaltspunkte zu liefern. Eine erst erworbene Neurasthenie entwickelt sich nicht von selbst bei einem vordem gesunden Individuum; übermäßige, anhaltende gemütliche oder intellektuelle Überanstrengung, eine schwere körperliche, entkräftende Krankheit, lange fortgesetzte grobe sexuelle Exzesse u. dgl. gehen ihr als Veranlassungsursachen voraus. Bei der arteriosklerotischen „Pseudoneurasthenie" aber vermissen wir dergleichen ätiologische Faktoren, das Zustandsbild entwickelt sich anscheinend spontan, allmählich. Sehr wertvoll ist die Trias: Kopfschmerz, Schwindel und Gedächtnisschwäche. Auch bezüglich des Kopfschmerzes gilt das von der Neurasthenie eben Gesagte. Wenn bei einem Menschen, der vorher niemals an Kopfschmerzen gelitten hatte, solche um die 50er Jahre auftreten, muß dies stets den Verdacht auf ein organisches Hirnleiden erwecken. Die Gedächtnisschwäche, über welche der Neurastheniker klagt, ist objektiv nicht nachweisbar. Auch eine genaue körperliche Untersuchung (Harn, Herz usw.) wird zur Diagnose Arteriosklerose gewichtige Indizien liefern, wenngleich, wie gezeigt wurde, ein völliger Parallelismus zwischen somatischem und psychischem Befunde keineswegs besteht.

Die Bilder der arteriosklerotischen Demenz können zur Verwechslung Anlaß geben mit der progressiven Paralyse. In somatischer Hinsicht ist von großer Wichtigkeit die Prüfung auf Wassermannsche Reaktion in der Lumbalflüssigkeit (bei P. p. fast ausnahmslos, bei A. kaum jemals positiv), das Verhalten des Blutdruckes (bei der A. meist hoch, bei der P. p. annähernd normal, in späteren Stadien absinkend), das Verhalten der Pupillen (echter dauernder Argyll-Robertson mehr bei P. p., Pupillenreaktion normal oder völlige Starre oder Argyll-Robertson in eigentümlichem Wechsel mit normalem Verhalten bei A.), Herzhypertrophie bei A., Art der Sprachstörung (pathognostische Dysarthrie der P. p. bei A. nur sehr selten zu hören), Prävalieren ausgesprochener Herderscheinungen bei der A., Albuminurie (Schrumpfniere) bei der A., Zeichen schwerer allgemeiner Arteriosklerose usw. Auch das höhere Lebensalter gibt Anlaß zu Verdacht auf A. gegenüber P. p. In psychischer Hinsicht: „démence lacunaire" der A. gegenüber der „démence globale" der P. p., Mangel der strahlenden paralytischen Euphorie und Megalomanie, auffallend lange erhaltenes Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht, auffallender Wechsel im Krankheitsverlaufe, viel längeres Erhaltenbleiben von Resten der ursprünglichen Persönlichkeit mit zutreffendem Urteils- und Schlußvermögen sowie leidlicher Orientiertheit bei der A., delirante Verworrenheitszustände, langsamer Verlauf, plötzliche überraschende Remissionen bei der A. usw.

Wie Kapitel VIII bemerkt, findet sich häufig eine Kombination eigentlich arteriosklerotischer Prozesse mit der Dementia senilis, so daß dann eine Differentialdiagnose schlechterdings unmöglich ist. Für Dementia senilis spricht Suggestibilität, Konfabulieren, für Arteriosklerose Vorwalten von Herderscheinungen, besonders wieder die raschen ungeahnten Remissionen.

Bei der schweren Form der Lues cerebri werden häufig Augenmuskellähmungen beobachtet, welche der Arteriosklerose ungewöhnlich sind; Gehörshalluzinationen spielen bei der Lues cerebri auch eine größere Rolle als bei der Paralysis progressiva oder Arteriosklerose. Vor allem entscheidet oft der Erfolg der Therapie die Differentialdiagnose.

Gegenüber einer präsenilen, beziehungsweise klimakterischen Melancholie erweist sich die depressive Stimmungslage der Arteriosklerose meist sehr beeinflußbar; der Wechsel der Symptome bei der Arteriosklerose ist wieder sehr beachtenswert, ferner die psychischen Ausfallserscheinungen, speziell Störungen der Merkfähigkeit bei relativ gut erhaltener Reproduktionsfähigkeit, der Nachweis der Demenz. Vor allem wieder fällt die Berücksichtigung des somatischen Befundes (Herdsymptome, insbesondere Aphasieen usw.) in die Wag-

schale. Ich möchte auch der Anamnese einigen Wert beilegen. Erbliche Belastung (speziell im Sinne des manisch-depressiven Irreseins), die Erhebung in der Jugend vorausgegangener melancholischer oder manischer Phasen spricht zu gunsten der Diagnose funktioneller Melancholie und gegen Melancholie auf dem Boden arteriosklerotischer Hirndegeneration. Dasselbe gilt mutatis mutandis von manischen Zustandsbildern.

## D. Pathologische Anatomie.

**Das ganze Gehirn ist atrophisch, die Gefäße sind starr, verdickt, die Pia getrübt. Man findet häufig Reste älterer Blutungen, Erweichungen, Zysten usw. Histologisch nimmt man mehr minder schwere arteriosklerotische Entartungen auch der feinen Gefäßchen wahr, miliare Aneurysmenbildung, Schwund und Entartung der Ganglienzellen, starke Gliawucherung, Ausfall von Nervenfasern, Fettkörnchenzellen usw. Alle diese Veränderungen sind teils diffuse, teils wieder mehr an den Verlauf bestimmter Gefäße gebunden oder mehr im Hirnmarke als in der Rinde ausgesprochen.**

**Man findet außerdem meist allgemeine Arteriosklerose, Herzhypertrophie, chronische Schrumpfniere u. dgl.**

## E. Therapie.

Völlige Alkoholabstinenz ist eine conditio sine qua non jeglicher weiteren Behandlung. Die Kranken werden ja ohnehin durch die Krankheit selbst zumeist alkoholintolerant, reagieren oft schon auf minimale Mengen Alkohols mit besonderer Steigerung ihrer Kopfschmerzen und mit starken Kongestionen. Ruhigstellung des Gehirns, Vermeidung von Aufregungen, Anstrengung usw. sind zumeist ebenso leicht anzuratende als in concreto schwer zu erfüllende Forderungen. Das gegen die Arteriosklerose im allgemeinen souverän wirksame Mittel bewährt sich auch gegen die Hirnarteriosklerose, nämlich die systematische, chronisch-intermittierende Jodmedikation (0·5 bis 1·0 pro die), durch welche recht erfreuliche, langanhaltende Stillstände und Besserungen erzielt werden können. Es ist dies natürlich am ehesten bei relativ wenig vorgeschrittenen Fällen zu beobachten, jedoch auch in späteren Stadien ist der günstige Einfluß der Jodwirkung recht oft ganz unverkennbar. Meiner persönlichen Erfahrung nach scheinen alle die Ersatzmittel der Jodalkalien, wie Sajodin, Jodipin, Jodival, Jodglidin, an Schnelligkeit der Wirksamkeit und Effekt doch den alten Jodalkalien nachzustehen. Als recht zweckmäßig bewährte sich in Fällen, welche auf die interne Verabfolgung der Jodalkalien mit besonders schweren gastrischen Beschwerden reagierten, der öftere Gebrauch von Natr. bicarbonic. oder alkalischer Wässer sowie die Applikation des Jod im Mikroklysma. Letzteres läßt sich auch bezüglich des Diuretins sagen, gegen welches einige Patienten auffallend in-

tolerant sich erwiesen, indem sie das Mittel, per os genommen, stets erbrachen, während sie dasselbe, rektal einverleibt, gut vertrugen*).

Eine günstige Einwirkung von Kohlensäurebädern kann oft gesehen werden. Mit der Herabsetzung des Blutdruckes bessern sich auch meist die quälenden Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, und namentlich in subjektiver Hinsicht bringen die Bäder meist wesentliche Erleichterung; dasselbe gilt von den Sauerstoffbädern. Recht wohltätig erwiesen sich auch oft die einfachen Halbbäder.

Ein besonderes Augenmerk muß stets der Regelung der Darmtätigkeit geschenkt werden, peinlichste Vermeidung jeglicher Obstipation. Die von manchen Seiten erwähnten Erfolge der „physiologischen Salzmischungen", der Antisklerosintabletten, des Regenerol, des Pankreon usw., dürften wohl zum großen Teile der leicht laxativen Wirksamkeit dieser Präparate zuzuschreiben sein. Recht gute Dienste tun in dieser Hinsicht auch die Eucarbontabletten. Bezüglich der Diät wurde schon die Notwendigkeit totaler Alkoholabstinenz betont. Reichlicher Genuß von alkalischen Wässern ist sehr zu empfehlen**).

Daß man die Herztätigkeit ständig beaufsichtigen muß, wo es not tut, mit Digalen, Digitalis usw. nachhelfen wird, sei es in Form der „chronisch-intermittierenden" Kur, sei es bei akuterer Insuffizienz, soll, als selbstverständlich, nur nebenbei erwähnt werden.

Zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit und psychomotorischen Erregung kommen die auch sonst in der Psychiatrie üblichen Hypnotika und Sedativa in Betracht. Der Zustand des Herzens wird häufig die Anwendung des Chloralhydrats kontraindizieren. Das sonst so verläßliche und ungefährliche Veronal und das moderne Nirvanol werden gerade bei arteriosklerotischen Hirnveränderungen meist weniger gut vertragen; die Kranken sind häufig noch an dem der Einnahme folgenden Tage leicht benommen, klagen über stärkeren Kopfschmerz; bei halbwegs längerem Gebrauche beobachteten wir Zustände eigentümlicher allgemeiner Prostration, mit Neigung zum Taumeln, Somnolenz usw., welche Erscheinungen nach Aussetzen der Mittel rasch wieder schwanden. Als geradezu toxisch müssen wir bei derartigen Kranken (ebenso bei Paralytikern) das Malonal bezeichnen, das angeblich mit dem Veronal identisch sein soll. Das idealste Schlafmittel

---

*) **Zuweilen wird das Theobromin. purum besser vertragen als das Theobromin. natrio-salicyl. (Diuretin).**

**) **Kranke, welche gegen kohlensäurereiche Getränke empfindlich sind, was gerade bei der Hirnarteriosklerose nicht so selten der Fall ist, können dieselben ruhig nehmen, wenn sie nur die Vorsichtsmaßregel befolgen, die betreffenden Flaschen unverkorkt stehen zu lassen und öfter tüchtig zu schütteln.**

für Arteriosklerotiker, leider wegen des Geruches und Geschmackes vielfach von den Kranken refusiert, ist das Paraldehyd; Sulfonal, mit den üblichen Kautelen, sei als recht verläßlich auch erwähnt, ebenso, mit der größten Vorsicht, das Skopolamin.

Gegen die quälenden Kopfschmerzen empfiehlt sich als am wirksamsten und — selbst bei lange fortgesetztem Gebrauche — als relativ unschädlich quoad cor — das Antipyrin. coffeini-citric. Pyramidon scheint für längeren Gebrauch nicht so unbedenklich.

In einigen Fällen sah ich durch Sauerstoffinhalationen und lokale Blutentziehung (Hirudines ad proc. mastoid.) auffallende, freilich nicht nachhaltige Erfolge gerade bezüglich der Bekämpfung der Kopfschmerzen und Übelkeiten; an die Indikation der Venaesectio (mit oder ohne Kochsalzinfusionen) bei der Behandlung der Urämie sei hier gleichfalls erinnert.

X. KAPITEL.

# GEISTESSTÖRUNGEN BEI HIRNERKRANKUNGEN.

Unter diesem Sammelnamen werden eine Reihe recht polymorpher Zustände beschrieben, deren Gemeinsames ein mehr minder schweres Maß von Blödsinn bildet. Die praktische Bedeutung der psychischen Veränderungen tritt meist ganz zurück hinter den durch die herdförmigen Läsionen bedingten Ausfalls- und Reizerscheinungen (Aphasien, Paraphasien, Zwangslachen und Zwangsweinen, epileptische Anfälle, Störungen des stereognostischen Sinnes, Apraxie, Hemiopie, Paresen, Kontrakturen usw.). Es sind Bilder, welche derzeit noch mehr den Hirnpathologen, beziehungsweise Neurologen und pathologischen Anatomen als den Irrenarzt s. str. interessieren, daher hier nur ganz kursorisch darauf eingegangen sei.

Die psychischen Störungen äußern sich, wie erwähnt, hauptsächlich in einem mehr minder schweren Grade von Blödsinn, gemütlicher Abstumpfung usw., wozu sich nun noch aktivere Erscheinungen gesellen können, interkurrente häufig sich wiederholende Aufregungszustände, verschiedene Sinnestäuschungen. Das Sensorium ist häufig getrübt, die Stimmung apathisch oder reizbar, weinerlich.

Das pathologisch-anatomische Substrat ist auch sehr verschieden: ausgedehnte Erweichungen, Blutungen oder zahlreiche kleinere umschriebene Herde, Hirntumoren usw.

Indem bezüglich der nervösen Symptomatologie durchaus auf die Lehrbücher der Neurologie und Gehirnpathologie verwiesen sei, mögen hier nur die praktisch wichtigeren Formen kurz erörtert werden.

Die psychischen Störungen bei der Hirnsyphilis können denen bei progressiver Paralyse zuweilen täuschend ähneln (luetische Pseudoparalyse). Abgesehen von Demenz, Reizbarkeit, Charakterveränderung ad pejus*) werden hypochondrisch-depressive, persekutorische und

*) Es wurden auch Fälle beobachtet, bei denen diese Charakterveränderung im Sinne einer „moral insanity" im Anschlusse an eine erst kürzlich vorangegangene luetische Infektion sich vollzog, ohne sonstige nervös-somatische Symptome einer Gehirnlues. Systematische Vornahme der Liquoruntersuchung in derartigen Fällen wäre interessant.

ungeheuerlich megalomane Wahnideen beobachtet, reichliche Gehörstäuschungen*), vorübergehende Zustände von Verworrenheit usw. Differentialdiagnostisch gegenüber der progressiven Paralyse kommen besonders die körperlichen Symptome in Betracht, und zwar sowohl in positiver wie negativer Hinsicht. Die unverkennbare paralytische Sprach- und Schriftstörung wird vermißt, die Komplementablenkung, im Serum fast immer nachweisbar, fällt im Lumbalpunktate häufig negativ aus, anderseits prädominieren ausgesprochene und dauernde Herderscheinungen (also nicht vom flüchtigen transitorischen Charakter der paralytischen Halbseitensymptome), Lähmungen einer Extremität oder ganzen Körperhälfte, Augenmuskellähmungen (bei der progressiven Paralyse sehr selten), gehäufte Schlag- und epileptiforme Anfälle treten auf, der progrediente Verfall in körperlicher und geistiger Beziehung, wie bei der Paralyse, läßt aber auf sich warten. Die gegenstandslose oder strahlende Euphorie der Paralytiker fehlt, ist sogar bei den Fällen mit Megalomanie nicht so besonders in die Augen springend; die Demenz hat (wie bei der arteriosklerotischen Verblödung) mehr den Typus der „démence lacunaire", sie erreicht nie den höchsten Grad wie bei der Paralyse. (Auch der histologische Befund in der Hirnrinde ist ein verschiedener.) Das Intervall zwischen Primäraffekt und Ausbruch der Psychose ist im Durchschnitte viel kürzer als das bei der Paralyse. Zuweilen aber kann die Diagnose nur mehr „Gefühlssache" sein, sich gründend auf den Mangel, beziehungsweise das Vorhandensein des spezifisch-paralytischen Eindruckes, ergibt sich eventuell erst ex juvantibus.

Gewisse depressiv-persekutorische Wahnideen, auch Eifersuchtswahn, können zur Verwechslung mit einer Paranoia Anlaß geben. Die markanten körperlichen Symptome, der Mangel eines Systems, die gleichzeitige intellektuelle Abschwächung werden wohl immer die Differentialdiagnose ermöglichen.

Auch Hirngeschwülste gehen recht häufig mit psychopathologischen Symptomen einher. Meist entwickelt sich eine allgemeine psychische Schwäche, Zerstreutheit, erschwertes Auffassungsvermögen, Apathie, Schlafsucht. Ein Kranker meiner Beobachtung war zu einer Zeit, da noch keinerlei Hirndruckerscheinungen subjektiver oder objektiver Art (Stauungspapille o. dgl.) vorhanden waren, zuerst dadurch aufgefallen, daß er, als er in der Zeitung die Nachricht von dem Todesfalle eines Freundes gelesen hatte, dem Verstorbenen eine briefliche Kondolenz zu dessen Tode schickte. Öfters wird der Korsakoffsche Symptomenkomplex beobachtet. Dazu kommen nun auch sozusagen aktivere Symptome, Reizbarkeit, delirante vorübergehende Ver-

*) Bei der progressiven Paralyse selten.

worrenheitszustände, Gehörs- und Gesichtstäuschungen, katatone Züge u. dgl. Auffallend ist in vielen Fällen der rasche Wechsel der Symptome; derselbe Kranke, welcher bei der einen Untersuchung völlig somnolent, apathisch, ohne Zeichen von Verständnis dahinliegt, kann beim nächsten Examen relativ frisch sein, gut orientiert usw. Speziell für Zystizerken ist dieser plötzliche und überraschende Wechsel geradezu pathognostisch. Bei Stirnhirntumoren beobachtet man häufig ein eigenartig bummelwitziges Gebaren und heitere Verstimmung, die in schroffem Gegensatze zu der Hinfälligkeit der Kranken steht, zu ihren Kopfschmerzen, zu den Decessus involontarii usw. (Moria.) Ausschlaggebend für die Diagnose sind aber die allgemeinen und die Herd-Erscheinungen von Hirntumoren (Neuritis optica, Erbrechen, Kopfschmerzen, Paresen und Klonismen, Apraxie, Ataxie cérébelleuse, lokale Klopfempfindlichkeit, Röntgenbefund usw.), bezüglich derer auf die Lehrbücher der Neurologie verwiesen sei.

Auch bei Hypophysengeschwülsten werden sehr häufig psychische Veränderungen beobachtet, vor allem eine merkwürdige Ruhe und Resigniertheit gegenüber den Schmerzen, einfache Demenz, Verworrenheitszustände u. dgl. Auch hiebei ist für die Diagnose nicht der psychische, sondern der neurologische Befund entscheidend.

Nach Blutungen beobachtet man zuweilen vorübergehende Zustände deliranter Verworrenheit und planloser Erregung, denen als Dauererscheinung in einigen Fällen eine gewisse intellektuelle Abschwächung mit Gedächtnisschwäche sich anschließt, mit reizbar zornmütiger Stimmungslage. Zustände wirklicher schwerer Verblödung pflegen aber in der Regel nicht nach Hämorrhagien, sondern mehr im Gefolge von Erweichungen sich zu entwickeln, wobei für die schwere Demenz nicht so sehr die Herdaffektion an sich, d. h. der lokale zirkumskripte Verlust an Hirnsubstanz, sondern der fast ausnahmslos gleichzeitig bestehende diffuse Erkrankungsprozeß der Hirngefäße, eine allgemeine Arteriosklerose, verantwortlich gemacht werden darf.

Die Form der Verblödung, welche nach Erweichungen sich einstellt, weist gewisse Ähnlichkeiten mit der bei Dementia senilis auf. Speziell die Merkfähigkeit ist hochgradig gestört, die Erinnerungslücken werden durch Konfabulieren ausgefüllt. Die Kranken sind vorwiegend apathisch, doch zeigt sich auch häufig eine Labilität in der affektiven Sphäre, speziell eine pathologische Reizbarkeit. Die Demenz schreitet schubweise fort, jeder neuerliche apoplektische Insult bringt eine weitere Verschlimmerung; hauptsächlichst aber wird die Progredienz der Verblödung wohl durch die langsam fortschreitende allgemeine arteriosklerotische Hirndegeneration bedingt, welche in mehr minder hohem Ausmaße in derartigen Fällen besteht. Je nach diesem

diffusen Rindenprozesse und je nach dem Alter, welches das gehirnkranke Individuum erreicht, wird wohl auch der schließliche Grad der Demenz verschieden ausfallen.

Abgesehen von der Demenz treten noch andere psychopathische Symptome in Erscheinung. Namentlich im Anschlusse an apoplekti- oder epileptiforme Anfälle treten halluzinatorische Verworrenheitszustände auf (meist von kurzer Dauer); es zeigen sich eigenartige „paranoide“ Bilder (meist im Sinne von Beeinträchtigungsideen, pathologisches Mißtrauen gegen die eigene Familie usw.); Größenideen fehlen. Es kommt ferner manchmal zu fugueähnlichen Zuständen, triebartigen Selbstmordversuchen, in manchen Fällen setzt eine eigentümliche Charakterveränderung im Sinne einer „Moral insanity“ ein, welche erst durch die zunehmende Demenz wieder allmählich verwischt wird.

Wie bei den arteriosklerotischen Hirnprozessen überhaupt prädominieren auch hier im Krankheitsbilde namentlich die durch die Herdläsion bedingten somatisch-nervösen Erscheinungen (also Aphasien, Zwangslachen und -weinen, Hemiopien usw., vide diesen Abschnitt).

Gar nicht so selten treten bei der tuberkulösen Meningitis psychische Störungen relativ früh auf, d. h. zu einer Zeit, da die meningealen typischen Symptome noch nicht manifest geworden sind; es zeigt sich eine gewisse Reizbarkeit, Vergeßlichkeit, traurige Verstimmung, Schwerbesinnlichkeit. Abgesehen davon kommen furibunde Delirien vor, zuweilen im Anschlusse an epileptische Anfälle, katatone Symptome, der Korsakoffsche Symptomenkomplex usw. Bei Alkoholikern werden Bilder von der größten Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens beobachtet; nur fehlen, wie schon Kapitel VI, A, *a*, *α*, bemerkt, meist die profusen Schweißausbrüche. Die Diagnose läßt sich wohl nur aus den neurologischen, beziehungsweise internen Symptomen stellen, also zuweilen erst spät. Die differentialdiagnostische Wichtigkeit der Lumbalpunktion ergibt sich von selbst. (Auf die bekannten vorübergehenden Remissionen, welche unmittelbar dem Lendenstiche häufig folgen können, sei hier nur nebenbei hingewiesen.)

Auch bei der eitrigen Meningitis werden psychische Störungen beobachtet. Doch stehen hiebei, entsprechend dem akuten Verlaufe, meist schon von Anfang an die typisch-meningitischen Erscheinungen durchaus im Vordergrunde des Krankheitsbildes; die Benommenheit steigert sich rasch zu Sopor und Koma. Bei Alkoholikern gewinnen die meningitischen Delirien wieder spezifische Färbung (Beschäftigungsdelirien, optische Gesichtstäuschungen usw.).

Bei der multiplen Sklerose beobachtet man, abgesehen von gesteigerter Reizbarkeit oder auffallend kindisch-läppischer Euphorie,

die freilich in den späteren Stadien einer allgemeinen Apathie weicht, manisch-depressive Zustandsbilder, isolierte Größen-, weniger häufig Persekutionswahnideen, delirante Phasen, ferner Gedächtnisstörung, Demenz. Für die Diagnose ausschlaggebend sind die körperlich-nervösen Symptome.

Bei der hereditär-degenerativen chronisch progressiven Huntingtonschen Chorea besteht meist hypochondrische Verstimmung mit Suizidneigung (in späteren Stadien in stumpfe Apathie übergehend) und eine fortschreitende Demenz; daneben kommen interkurrent vor dürftige Wahnideen (z. B. in Form von Eifersuchtswahn), gelegentlich Sinnestäuschungen.

Die Geistesstörungen, welche bei der epidemischen Enkephalitis, und zwar sowohl der lethargischen, wie der choreiformen Art, beobachtet wurden, tragen den Typus der Beschäftigungsdelirien an sich; die Ähnlichkeit mit den analogen Bildern beim Delirium tremens ist auf den ersten Blick eine frappante, doch treten bei den enkephalitischen Delirien die optischen und taktilen Sinnestäuschungen mehr in den Hintergrund; diese Kranken sind auch im allgemeinen nicht suggestibel. Die körperlichen Begleiterscheinungen des Alkoholdeliriums, nämlich die Schweiße und die Tremores fehlen, während andererseits die charakteristische choreiforme Unruhe, insbesondere die Zwerchfell- und Bauchmuskelzuckungen bei der choreiformen Art, die schwere Schlafsucht bei der lethargischen die Differentialdiagnose leicht gestalten.

XI. KAPITEL.

# DIE DEMENTIA PRAECOX (HEBEPHRENIE*).

Das Wesentliche der Dementia praecox liegt in einem meist in jugendlichem Alter sich entwickelnden, mehr minder weitgehenden, eigenartigen Verblödungsprozesse. Auf dem Boden desselben kommen auch noch andere psychopathische Züge vor (Sinnestäuschungen, Wahnideen); ein analoger Verfall in der vegetativen Sphäre läßt sich nicht erkennen.

## A. Symptomatologie.

### a) Psychisch.

Wie bei der Dementia paralytica das Wesentliche der Verblödungsprozeß ist, verlaufen auch bei der Dementia praecox viele Fälle ohne andere weitere Geistesstörungen, unter dem Bilde der einfachen Demenz, während in vielen anderen wieder allerlei psychotische Züge sich hinzugesellen, Wahnideen, Spannungszustände in der Muskulatur usw. (man findet daher auch z. B. die Einteilung in die eigentliche Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides).

Die leichtesten Fälle kommen überhaupt kaum je vor den Irrenarzt. Das sind jene Individuen, bei welchen die intellektuelle Entwicklung um die Pubertät herum auf einmal stehen bleibt oder sogar einen deutlichen Rückgang erleidet; es sind jugendliche Leute von zuweilen früher auffallend guter Begabung, die auf einmal im Studium nicht weiter vorwärtskommen, von allen Schulgenossen bald überflügelt werden, die oft lange Zeit den Angehörigen als „faul“ oder „überarbeitet“ erscheinen und die endlich, im Gegensatze zu den früher hochfliegenden Plänen und Hoffnungen der Familie, recht und schlecht als Diurnisten, Schreiber u. dgl. ein kümmerliches Dasein

*) Als neueste Bezeichnung wurde „Schizophrenie“ vorgeschlagen, welche Terminologie unter anderem schon darum dem Namen „Dementia praecox“ vorzuziehen wäre, weil weder Ausgang in Demenz noch Auftreten in einer jugendlichen Altersstufe für alle, sonst zweifellos hieher gehörigen Fälle zutrifft. Der Terminus hat nebenbei den Vorteil, daß sich von ihm ein Adjektiv bilden läßt.

fristen. Davon führen nur graduelle Unterschiede hinüber zu den schwersten Blödsinnsformen. In vielen Fällen macht sich die Verblödung zunächst vorzugsweise nach der affektiven und sohin ethischen Seite hin bemerkbar („gemütliche Verblödung"); dadurch entstehen Zustandsbilder, welche symptomatologisch längere Zeit die Charaktere des später zu erörternden sogenannten „moralischen Schwachsinnes" aufweisen. Individuen mit vorher normalem ethischen Empfinden und Handeln werden nunmehr arbeitsscheu, gleichgültig gegen berufliche und Familien-Pflichten, brutal, reizbar, zu grobsinnlichen Exzessen geneigt, schamlos usw. Dabei mangelt jegliche Einsicht sowohl für das Verwerfliche dieses Treibens an sich wie für diese ominöse Veränderung des Charakters im Vergleiche zu früher. Die rein verstandesmäßigen Leistungen können noch intakt sein, müssen zum mindesten nicht grob nachweisbare Defekte ergeben. Die relativ harmloseste Äußerung dieser krankhaften Veränderung führt zu einem arbeitsscheuen Vagantentum. Daß dergleichen Individuen aber sehr leicht kriminell werden, liegt auf der Hand, ebenso auch, daß derartige Zustände leicht verkannt werden, beziehungsweise daß bei dem Fehlen von Wahnideen usw. und schweren ohneweiters in die Augen springenden intellektuellen Störungen der Gedanke an etwas Pathologisches überhaupt nicht a priori sich aufdrängen wird. Nach Jahr und Tag erst, vielleicht gerade einmal während einer Strafhaft, zeigen sich nun alarmierende psychopathische Symptome. Bei manchen der unter katatonen Bildern einhergehenden akut einsetzenden Gefängnispsychosen dürfte es sich um dergleichen Formen handeln (für welche auch der Terminus „Heboid" gebräuchlich ist).

Ferner gibt es zahlreiche Fälle, wobei nicht nur eine quantitative Abnahme des Intellekts vorliegt, sondern auch andere sozusagen aktivere Symptome in Erscheinung treten. Manche Züge, die der Entwicklungszeit, den physiologischen „Flegel"- und „Backfisch"-Jahren eigen sind, lassen sich deutlich erkennen, nur in pathologischer Weise verzerrt und in einer eigenartigen Weise gefärbt. durch die einsetzende Demenz, ein ungeheueres Wollen im Mißverhältnisse zum Können, die Originalitätsucht, das Bestreben nach Besonderem, Niedagewesenem, das Bedürfnis, anders zu erscheinen, die Kritiklosigkeit in der Beurteilung der eigenen Fähigkeiten und der Außenwelt, die Vorliebe für Phrasen, hochtrabende Redensarten, überflüssige Superlative usw.

Das Gebaren der Kranken wird eigentümlich manìriert, geschraubt steif, unfrei. Die sprachlichen Äußerungen enthalten lange, gedrechselte Perioden, die, grammatikalisch vielleicht ganz richtig, doch nur vollständig leeres inhaltloses Gewäsch ergeben. Die Schriftstücke verraten oft auf den ersten Blick die Diagnose durch allerlei bizarre

Schnörkel und Verzierungen, manche Buchstaben werden groß geschrieben, einzelne Wörter werden in fremder Sprache wiedergegeben, es wimmelt von Zitaten, falscher Gefühlsduselei usw. und das ganze langatmige Schriftstück gipfelt schließlich in der Bitte um eine Kostveränderung usw. In schweren Graden produzieren die Kranken ein sinnloses Gefasel („Wortsalat", „Sprachverwirrtheit"), das Gespräch bewegt sich in Bruchstücken an sich richtiger Sätze, man vermeint oft, etwas davon verstehen zu können, doch mangelt jeglicher Zusammenhang. Eine Patientin schreibt: „Sehr geehrte Frau Tante! Auf das Schreiben Deiner Güte, wie ich erfahren habe, mir zu wissen geben, wäre so wie so und ohne Antwort geblieben, wie gegenwärtig noch nicht beantwortet wurde und weiß nicht, worin das zu suchen ist, es sei denn, die Richtigkeit in der Zeit zu finden, daß ich überzeugt bin, wie wir der Gewohnheit und Gepflogenheit nach gehört haben, die Anhänglichkeit als solche gekennzeichnet ist, um in der ganzen Zeit wissend, mit Vernunft beurteilend, wie nach Anständigkeit bewußt im eigenen Wohl und Wehe bleibt, bitte zu reflektieren, auf dem wir gefaßt gemacht, wie sich der göttliche Wille in seiner Aufgabe zu finden bemüht hat . . . ." usw. Dabei sind die Kranken äußerlich durchaus geordnet, anscheinend nicht verwirrt.

Die Kranken begehen, ohne Verwirrtheit, ohne Sinnestäuschungen, allerlei sonderbare Streiche, zuweilen ganz an die „Schildbürgerstücke" der Paralytiker erinnernd, zuweilen aber auch weniger harmloser Art (Brandlegung usw.). Einer meiner Patienten demolierte viele Taschenuhren und verausgabte sein ganzes Geld für die als Kinderspielzeug bekannten Gasballons, weil er damit und mit Hilfe der Uhrzeiger das lenkbare Luftschiff erfinden wollte. Ein anderer Kranker wurde als der Spionage verdächtig von der Polizei festgenommen, weil er in einer Kaserne aufmerksam die Anzahl der Kanonenrohre zählte, um dadurch die Gesetze der Ballistik zu ergründen; ein dritter warf seine Kleidungsstücke beim Fenster hinaus, weil er gelesen hatte, daß die Erde allmählich auskühle, und er sich durch „Abhärtung" darauf vorbereiten wollte. Ein Rekrut schrieb an sein Kommando: „Österreich-Ungarn und Deutschland sind zu einem Reiche zu verschmelzen. Vollzug ist mittels Dienstzettels anher zu melden" usw. Unter den dilettantenhaften Nachbetern gewisser hypermoderner Richtungen in Malerei, Dichtkunst und Musik findet sich ein ganz erklecklicher Teil von derartigen Kranken. Fälle jedoch, welche während des ganzen Verlaufes nur das Bild der einfachen Verblödung bieten, sind relativ selten. Wenigstens vorübergehend, zumeist aber für längere Zeit, beherrschen noch andere psychopathische Züge das Krankheitsbild. Alle die recht mannigfachen Zustandsbilder lassen nun mehr minder deutlich folgende wichtige Charaktere erkennen. Es

besteht ein auffallendes Mißverhältnis zwischen Affektlage und jeweiligem Vorstellungsinhalt (Wahnideen usw.) — „Affektdissoziation“, ein auffallendes Mißverhältnis zwischen anscheinender völliger Klarheit (Pseudoorientierung) und dem oft ganz absonderlichen aberwitzigen Gebaren und endlich ein auffallend rascher Wechsel im Krankheitsverlaufe.

Sinnestäuschungen sind recht häufig und haben an sich nichts für Dementia praecox Charakteristisches. Es finden sich Halluzinationen des Gesichts- und Gehörssinnes, ferner Organhalluzinationen, besonders häufig in der sexuellen Sphäre, usw., für welche die Patienten recht oft auch, wie die Paranoiker, willkürlich neugebildete Worte erfinden. Verdächtig ist aber, daß die einzelnen Halluzinationen oft ganz isoliert dastehen, bei völlig klarem Sensorium einerseits (gegenüber der Amentia), ohne Versuch einer Erklärung anderseits (gegenüber der Paranoia). Charakteristisch ist ferner das Verhalten des Affektes. Lächelnd, grinsend berichten die Patienten über irgendwelche beschimpfende drohende Stimmen oder erzählen in ganz affektloser Weise über Visionen von Totenköpfen usw.

Ganz dasselbe gilt von den Wahnideen. Dieselben sind abrupt, oft wechselnd, entbehren jeglicher Systemisierung, sind oft miteinander unvereinbar; auch hier wieder läßt sich das Mißverhältnis zwischen Inhalt der Wahnideen und Affekt oft sehr deutlich erkennen. Ohne irgendwelche Traurigkeit versichert Wochen hindurch ein Kranker apathisch, daß er nur mehr ein Leichnam mit lebenden Nerven sei. Dabei sind die Kranken nicht überhaupt affektlos, es kommt oft zu Ausbrüchen heftiger zornmütiger Erregung oder zu verzweiflungsvollem Weinen, zu ausgelassener Heiterkeit usw., allein die Affektlage ist ungemein häufig inadäquat dem Vorstellungsinhalte und läßt jegliche Motivierung vermissen. Eine Kranke lacht aus vollem Halse, „weil heute Freitag ist“ oder weil ihr Kind von der Hexe verzaubert sei usw.

Recht kennzeichnend ist oft das motorische Gebaren der Kranken. Wie schon oben erwähnt, haben die Patienten etwas eigentümlich Maniriertes, Unfreies an sich. Dies äußert sich in allerlei Tics, kleinen Schrullen und Sonderbarkeiten, durch welche die Patienten auffallen. Eine Kranke z. B. streckte zum Gruße nie einfach die Hand hin, sondern drehte dieselbe jedesmal erst dreimal hin und her. Die Kranken vollführen Lokomotionen, nicht in der gewöhnlichen Gangart, sondern hüpfend, tänzelnd oder in outriertem Stechschritt. Die Kranken grimassieren in grotesker Weise, vollführen mit den Fingern eigentümliche, an Athetose erinnernde Bewegungen usw. Es kommt zu eigenartigen „Willensentgleisungen“ infolge von Neben- und Querantrieben (Paraboulie). Statt die Hand zum Gruße zu reichen, fährt der Kranke an den Kopf und kratzt sich; die Hand, welche einen

Bissen zum Munde führen soll, schleudert denselben plötzlich fort. Häufig und charakteristisch sind allerlei absonderliche, meist urplötzlich und mit großer Heftigkeit ausgeführte raptusartige Handlungen. Der Kranke wirft sich plötzlich zu Boden und schlägt einen Purzelbaum, eine Patientin, die bis zum letzten Augenblicke als Postassistentin tätig war, legte sich in Straßentoilette in eine Kohlenkiste. Einer unserer Kranken schlug, ohne den geringsten Zornaffekt zu zeigen, einem Arzte die Nase blutig, pfiff dann fröhlich vor sich hin und fragte: „Na, wie geht's denn?" In sehr vielen Fällen besteht der sogenannte katatone Symptomenkomplex und kann nun vorübergehend oder jahrelang im Vordergrunde bleiben. Es gehören hieher eigentümliche Spannungszustände in der willkürlichen Muskulatur. Man kann mit den Gliedern der regungslos daliegenden Kranken nicht so hantieren wie mit einer nur der Schwerkraft gehorchenden Masse, sondern beobachtet z. B., daß in der willkürlichen Muskulatur der Kranken die Tendenz besteht, passiv erteilte Stellungen durch längere Zeit festzuhalten. Der passiv erhobene Arm bleibt in der Höhe stehen, der passiv gekrümmte Finger behält diese Stellung bei usw. Diese Erscheinung (Katalepsie, Flexibilitas cerea) kann verschieden stark ausgeprägt sein. In hochgradigen Fällen können Kranke in den sonderbarsten Stellungen, die man ihnen erteilt, viele Minuten, ja bis zu einer Stunde lang verharren (eine Muskelleistung, die ein Gesunder kaum wenige Minuten aushalten würde), dann sinkt ganz allmählich, ohne den normalerweise bei Ermüdung sich einstellenden grobwelligen Tremor, die erhobene obere Gliedmasse herab; zuweilen auch wird die betreffende Stellung ruckweise, plötzlich, wie durch einen bewußten Willkürakt des Kranken aufgegeben. Im Gegensatze zu dieser „wächsernen Biegsamkeit" stehen andere Spannungszustände derart, daß jeder Versuch, den Gliedern der Kranken eine Stellungsänderung zu erteilen, auf einen gewaltigen federnden Widerstand stößt, der immer die gegenteilige Stellung intendiert von der, in welche man passiv die betreffende Extremität bringen will (Negativismus). Beim Versuche, den Arm zu beugen, spannen sich krampfhaft die Strecker an und umgekehrt. Die mimische Muskulatur beteiligt sich ebenfalls an dieser eigentümlichen Starre, der Mund ist häufig zu einer eigentümlichen Schnauzstellung kontrahiert, bei passiver Öffnung der Lippen entleeren sich zuweilen unglaublich große Mengen Speichels, der Kopf ruht nicht einfach auf der Unterlage, sondern wird durch krampfhafte Innervation der Halsnackenmuskulatur steif in die Höhe gehalten, die Kranken nehmen eigentümlich „verzwickte" Körperstellungen ein, Kopfhaltungen, ähnelnd denen der an den Bogengängen operierten Tauben usw. Dieser Zustand des sogenannten katatonen Stupors wird zuweilen durch plötzliche blitzartig ausgeführte Akte unter-

brochen (Raptus), die manchmal auch höchst gewalttätiger, gefährlicher Art sein können; ein Kranker springt plötzlich mitten im Stupor auf, schlägt auf seine Umgebung los und legt sich sofort wieder nieder oder begeht einen impulsiv ausgeführten Selbstmordversuch. (Daher ist dem Wartepersonal besondere Wachsamkeit bei Stuporösen aufzutragen. Dasselbe muß besonders darauf aufmerksam gemacht werden, durch die oft wochenlang anhaltende Bewegungslosigkeit der Kranken sich nicht in Sicherheit wiegen zu lassen.) Manchmal im Beginne, häufiger nach einer stuporösen Phase weisen manche Kranke noch andere auffallende Züge im motorischen Verhalten auf. Man kann da z. B. das Symptom der Bewegungsstereotypie, des Bewegungsautomatismus wahrnehmen. Irgendeine bestimmte Bewegung wird unzählige Male hintereinander, oft in einem gewissen Rhythmus wiederholt, die Kranken springen z. B. zwei Schritte vor, einen zurück, klopfen mit der Faust je fünfmal stundenlang auf den Tisch, schlagen Purzelbäume, gehen unausgesetzt immer in derselben Richtung umher. Diese Stereotypie tritt auch in den sprachlichen Äußerungen der Kranken zu Tage (Verbigeration) und ebenso in ihren Schriftstücken. Bestimmte Buchstaben, Worte, Phrasen, Takte einer Melodie usw. werden endlose Male wiederholt. Einer meiner Kranken hatte jede Seite seines Notizbuches mit den Worten: „Großer Spargel“ vollgeschrieben. Zuweilen ahmen Patienten triebartig alles nach, was sie in ihrer Umgebung wahrnehmen, suchen sich dabei manchmal einen Mitpatienten als spezielles Vorbild aus oder wiederholen papageienartig jedes Wort, das in ihrer Umgebung fällt. (Echopraxie und Echolalie.)

Derselben Genese wie dem Negativismus dürfte vielleicht auch ein eigentümliches, häufig zu beobachtendes Symptom entsprechen, das sogenannte „Vorbeireden“, d. h. auffallend widersinnige, schreiend unrichtige Antworten. Bei dem Umstande, daß die Kranken ersichtlich nicht tiefer verwirrt sind, daß bunt untermischt mit derartigen ganz aberwitzigen Einfällen auch richtige sinngemäße Antworten erfolgen, macht dieses Symptom auf den Laien geradezu den Eindruck, als wollte sich der Kranke über den Fragenden lustig machen oder — namentlich in forensischen Fällen — den der plumpen Simulation.

Die Kranken sind zu keinerlei sprachlichen Äußerungen zu bringen, solange der Arzt an ihrem Bette steht; sowie er sich entfernt, beginnen sie zu reden, um sofort wieder zu verstummen, wenn der im Weggehen begriffene Arzt Miene macht, sich ihnen wieder zu nähern.

Höchst ominös, man dürfte vielleicht sagen pathognostisch, ist der Wechsel der Symptome. Derselbe Patient, der wochenlang unter

dem Bilde des katatonen Stupors gefüttert werden mußte, erhebt sich plötzlich, vollständig orientiert über örtliche, zeitliche Verhältnisse, Personen seiner Umgebung, nimmt anstandslos seine Nahrung zu sich, beteiligt sich sofort fleißig an den kleinen häuslichen Verrichtungen, versinkt ebenso plötzlich wieder nach einigen Tagen bis Wochen in Stupor mit Katalepsie, der nun seinerseits vielleicht durch einen Raptus unterbrochen wird.

Der eigentümliche Negativismus macht sich nicht nur im Bereiche der willkürlichen Muskulatur geltend (Widerstand gegen passiv erteilte Bewegungen), sondern zeigt sich auch manchmal verbalen Aufforderungen gegenüber. Eine Kranke z. B. setzt den Bemühungen des Wartepersonals, sie zu Bette zu bringen, den größten Widerstand entgegen, balgt blindlings herum, hüpft aber mit einem großen Satze sofort in das Bett auf die Worte hin: „Sie dürfen nicht in das Bett gehen". Manche Kranke sind absolut nicht dazuzubringen, in geordneter Weise ihre körperlichen Bedürfnisse zu befriedigen, halten, auf den Leibstuhl geführt, die Exkremente krampfhaft zurück, um, in das Bett zurückgebracht, sogleich das Leintuch zu besudeln. Einer meiner Kranken setzte dieses Treiben jahrelang fort, bereitete sich aber jedesmal unmittelbar nach geübter Missetat in der sorgfältigsten Weise sein Bett selbst, wie er dies von den Wärtern bei unreinen Geisteskranken gesehen hatte.

Dabei erscheinen die Kranken sehr häufig äußerlich durchaus geordnet, keineswegs verwirrt; über die Innenvorgänge, welche allen diesen sonderbaren Handlungen zu grunde liegen, läßt sich von den Kranken zumeist rein nichts erfahren. Über Vorhalt können sich die Kranken jeder Einzelheit erinnern, aber jegliche Motivierung unterbleibt, beziehungsweise es erfolgen Antworten, die ersichtlich nur dem ersten besten Einfall entsprechen. „Weil es mich gefreut hat" — „es ist mir halt so in den Sinn gekommen" — „ich weiß es nicht, es hat halt so sein müssen." „Weil das Innenleben so quadratisch ist," antwortete ein Katatoniker, der mit seinem Repetiergewehre in einer Kaserne ein Blutbad angerichtet hatte, usw. Nur in recht seltenen Fällen werden imperative Halluzinationen retrospektiv angegeben oder irgendeine absurde, ganz isoliert dastehende Wahnidee. So hätte z. B. einer meiner Kranken seine Mutter beinahe erstochen, „weil sie ein Mastschwein war," wie Patient behaglich grinsend erzählte.

Bei äußerlicher Orientiertheit zeigen sich ferner diese Kranken eigentümlich unzugänglich der Außenwelt gegenüber, ablehnend, setzen den Versuchen, in ihr Innenleben einzudringen, einen eigenartigen passiven Widerstand entgegen (Autismus).

Die erworbenen Kenntnisse bleiben oft auffallend gut erhalten. Ein schwer verblödeter Patient (Lehramtskandidat), der mit Kot

schmierte, seit Jahren ohne Verkehr, ohne Beschäftigung auf der Abteilung herumlungerte, konnte längere Abschnitte aus der Ilias tadellos zitieren.

Was das Verhalten des Sensoriums anbelangt, wurde schon oben bemerkt, daß die Kranken im Gegensatze zu ihren unsinnigen Handlungen, zu zahllosen Sinnestäuschungen und Wahnideen zumeist auffallend orientiert sind über örtlich-zeitliche Verhältnisse, Namen ihrer Umgebung usw. Zeitweilig aber schieben sich interkurrent Phasen schwerer Verworrenheit ein, oder der Krankheitsprozeß wird überhaupt durch eine solche eingeleitet, welche die Abgrenzung gegenüber der Amentia sehr erschweren, ja gelegentlich für einige Zeit unmöglich machen kann, auch zu Verwechslungen mit epileptischen Dämmerzuständen zu führen geeignet ist. Die Kranken zeigen ein sinnlos tobendes Verhalten, schreien, psalmodieren, zeigen eine derartige Ausprägung des „Vorbeiredens" und unsinnig verkehrter Handlungen, daß man geradezu an Apraxie und sensorische Aphasie erinnert wird, schmieren mit Kot, demolieren, schneiden Grimassen, wälzen sich auf dem Boden umher, nehmen von der Umgebung keine Notiz oder vollführen triebartig gewalttätige Angriffe wider dieselbe, verkennen die Personen, sind desorientiert, halluzinieren sehr lebhaft. Die Patienten versuchen, ihren Kot zu verzehren (Koprophagie), ziehen sich durch rücksichtsloses Masturbieren Verletzungen und Entzündungen zu, bieten zuweilen ganz das Bild des Delirium acutum mit seinen elementaren motorischen Reizerscheinungen. Solche Zustände treten zuweilen auch anfallsartig auf, von ganz kurzer Dauer.

Der Grad der Demenz, der schließlich dauernd bleibt, kann in den einzelnen Fällen sehr verschieden sein; es wäre darüber nur dasselbe zu sagen wie über die sekundäre Demenz (vide Kapitel III).

Im konkreten Falle können die ausgesprochenen „katatonen" oder „paranoiden" Züge jahrelang dem Krankheitsbilde den Stempel aufdrücken; doch gehen die einzelnen Fälle fließend ineinander über; ein Patient, der einige Jahre hindurch zerfahrene demente Wahnideen produziert, zeigt im weiteren Verlaufe z. B. Negativismus, Stupor usw.

**b) Somatische Symptome.**

Die Erscheinungen in der körperlichen Sphäre bieten eine zwar reichliche, doch keineswegs irgendwie charakteristische Ausbeute. Man fand eine Steigerung der tiefen Reflexe, auffallend weite Pupillen (auch Anisokorie), auch Störungen in der Reaktion, speziell Ausbleiben der Reaktion, beziehungsweise der Pupillenunruhe bei sensiblen, sensorischen und psychischen Reizen, Ohnmachtsanfälle und epileptiforme Anfälle (speziell im Beginne bei den katatonen Formen), Kopf-

schmerzen, Dermatographismus, Zyanose der Extremitäten und umschriebene Ödeme, hysterische Stigmen, z. B. Ovarie, gelegentlich Fazialisphänomen usw. Mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens fand man sehr häufig Abbau der Geschlechtsdrüsen. Der Blutdruck pflegt bei den akuten Phasen der Katatonie gewöhnlich recht niedrig zu sein. Man findet bei katatonen Erregungszuständen eine Übererregbarkeit des autonomen, aber auch oft des sympathischen Nervensystems, hie und da episodisch auftretende Symptome von Hirndruck (Vagusreizpulse), wobei die Lumbalpunktion, abgesehen von erhöhtem Drucke, einen normalen Befund des Liquor cerebrospinalis zeigt. Am konstantesten beim katatonen Stupor, aber auch bei vielen nicht stuporösen Fällen der Dementia praecox, erweist sich Druck auf die Augäpfel außerordentlich schmerzhaft. Es kommt dabei meist zu ausgesprochener Vaguswirkung (Niedrigwerden der Pulswelle, Absinken der Pulsfrequenz). Stuporöse, die auf keinerlei sonstige Schmerzreize reagieren, zeigen Rötung des Gesichtes, vertiefte Inspiration, intendieren Abwehrbewegungen; nicht selten kommt es zu sprachlichen Äußerungen („Bulbusdruckphänomen"). Als Zeichen einer schwereren allgemeinen Störung lassen sich bedeutende Schwankungen des Körpergewichtes, gestörter Schlaf*), Unregelmäßigkeiten im Menstruationsprozesse, Anämie beobachten. Freilich gilt das Gesagte vorzugsweise für die akuten Phasen. Sobald sich einmal der Schwachsinn dauernd etabliert hat, lassen die vegetativen Funktionen keine besonderen Störungen erkennen, es entwickelt sich sogar nicht selten eine auffallende Fettleibigkeit.

## B. Verlauf und Prognose.

Sehr häufig wird die Krankheit (speziell bei den einfach verblödenden und den paranoiden Formen) durch ein eigenartiges „neurasthenisches" Prodromalstadium eingeleitet. Die Patienten werden verstimmt, reizbar, arbeitsunfähig, klagen über dauernde heftige Kopfschmerzen, quälen sich und die Umgebung durch hartnäckig festgehaltene hypochondrische Vorstellungen (welche oft schon ihrem Inhalt nach den Stempel einer gewissen Abschwächung der Kritik an sich tragen), sie hätten sich durch Masturbation zugrunde gerichtet, das Rückenmark rinne aus usw., beginnen an sich herumzuexperimentieren, überlaufen Ärzte und Kurpfuscher. Recht ominös und vielfach schon als Frühsymptom macht sich die oben besprochene, eigentümliche Affektdissoziation bemerkbar; die Kranken bringen irgend-

*) Übrigens kann man sich öfter überzeugen, daß Kranke mit schweren Erregungszuständen nachts auch ganz ungestört schlafen.

welche abgeschmackte hypochondrische Befürchtungen vor und verziehen, in der Schilderung ihrer Klagen begriffen, mit einem Male die Miene zu einem läppischen Grinsen oder sie lachen mitten im ernstesten Gespräche hell auf, ohne dies motivieren zu können. Sehr ominös ist auch der Mangel irgendwelcher für das Zustandekommen einer Neurasthenie ätiologisch wirksamer Faktoren. Die typischen abendlichen Remissionen der Neurastheniker werden bei der schizophrenen „Neurasthenie" vermißt.

In anderen Fällen setzt die Krankheit akut ein unter dem Bilde eines schweren Verwirrtheitszustandes, im Anschlusse an Wochenbett, Typhus, „Meningitis" od. dgl.; dies ist häufiger bei den katatonen Formen der Fall. Hysteriforme Anfälle sind eine häufige Initialerscheinung dieser Formen, seltener gehäufte epileptiforme Anfälle oder ein delirium acutum-artiges Bild. Bei den paranoiden Formen wieder beobachtet man nicht so selten in den Anfangsstadien gewisse Züge wie bei der Paranoia, z. B. plötzliche Vorliebe für Probleme und Lektüre, welche dem bisherigen Bildungsgange der Patienten ganz fern stehen; ein Kommis der Wollbranche verschlingt Stirner, Wilde, eine Konservatoristin beschäftigt sich in autodidaktischer Weise mit Infinitesimalrechnung; die populär-medizinischen Schriften, an denen so viele Gesunde Hypochonder geworden sind, gehören auch zur Lieblingslektüre der initialen Hebephrenen.

Der geistige Verfall schreitet nicht wie bei der Dementia paralytica progredient usque ad finem fort, sondern erreicht nach einer Zahl von Jahren einen gewissen maximalen Grad, von dem ab das Verhalten des Intellekts ziemlich stationär bleibt. Bei den unter dem Bilde der einfachen Demenz einhergehenden Fällen vollzieht sich diese Verblödung ziemlich gleichmäßig kontinuierlich, während die Fälle mit Verworrenheit, Wahnideen, katatonen Symptomen usw. gewöhnlich einen eigentümlich remittierenden Verlauf nehmen. Zumal in den ersten Jahren kommen weitgehende, ziemlich plötzlich einsetzende Remissionen vor. Der plötzliche Wechsel zwischen anscheinender geistiger Gesundheit und psychopathischen Symptomen gehört ja mit zu den charakteristischen Erscheinungen der Dementia praecox. Abgesehen davon, können sich aber gerade wie bei der Dementia paralytica derart langdauernde und weitgehende Besserungen einstellen (speziell bei den katatonen und den akut einsetzenden Formen), daß man — vom praktischen Gesichtspunkte aus — von einer Heilung sprechen kann. Am ungünstigsten verhalten sich diesbezüglich die paranoiden Formen. Bei Fällen aus schwer belasteter Familie macht sich häufig eine ziemlich strenge Periodizität in dem Auftreten einzelner Symptome geltend, z. B. regelmäßiger Wechsel zwischen Erregung und Ruhe, eine Art zirkulären Verlaufes.

Die Prognose muß stets als sehr ernst, jedoch in Anbetracht der Möglichkeit bedeutender Remissionen, ja Heilung, nicht als absolut hoffnungslos gestellt werden. Derzeit können die Fälle, welche später einen unerwartet günstigen Endausgang nehmen, nicht abgegrenzt werden von dem Gros der in mehr minder tiefe Verblödung ausgehenden Fälle. Gerade die exquisit katatonen Formen spotten jeder Möglichkeit einer Individualprognose; wir sahen hier Heilungen, mehrfache Nachschübe mit allmählichem psychischen Verfalle und rapid progrediente ununterbrochene Verblödung bei Fällen, welche anfangs einander semiotisch geähnelt hatten wie ein Ei dem anderen.*)

Die Prognosis quoad vitam ist im großen und ganzen gut (abgesehen von einer gewissen, gerade bei diesen Kranken nicht sonderlich großen Gefahr des Suizids). Nur die Katatoniker sind in dieser Hinsicht mehr gefährdet; einer unserer Fälle hatte sich auf dem Abtritte den Schädel an der Mauer zerschmettert. Fälle mit langanhaltendem Stupor sind der Gefahr der Tuberkulose recht sehr ausgesetzt. In sehr seltenen Fällen kommen auch bei der Dementia praecox plötzliche Todesfälle vor unter Erscheinungen von Hirnschwellung.

## C. Ätiologie.

Was zunächst allgemein prädisponierende Momente anbelangt, so spielt das Lebensalter insofern eine Rolle, als, wie schon der Name der Dementia praecox sagt, es vorzugsweise jugendliche Individuen sind, welche von dieser Krankheit befallen werden; das Pubertätsalter und die Jahre nachher liefern das größte Kontingent all dieser Kranker. Es kommen aber entschieden auch in einem vorgeschrittenen Lebensalter Bilder vor, welche klinisch vollständig der Dementia praecox entsprechen. (Namentlich die katatonen Formen beobachtet man auch bei älteren Individuen.) Oft liegt schwere erbliche Belastung vor, in vielen Fällen aber läßt sich eine solche keineswegs nachweisen. Die Hereditätsverhältnisse scheinen bei der einfach dementen Form der Dementia praecox andere zu sein als bei der katatonen. Bei ersterer trifft man, wenn überhaupt erbliche Belastung nachweisbar ist, dieselbe auffallend häufig als Lues und Metalues (Tabes, Paralysis progressiva) der Aszendenz sowie gleichfalls als Dementia praecox; sehr häufig kommt gerade bei der Dementia praecox gleichartige kollaterale Heredität vor, d. h. Dementia praecox nicht in der Aszendenz, sondern unter den Geschwistern. Die Heredität der

*) Dies, sowie der nicht konstante Ausfall des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens, u. a. legt den Gedanken nahe, daß bei den unter dem Namen „Schizophrenie" zusammengefaßten Krankheitsbildern mehrere verschiedene Krankheitseinheiten vorliegen, die symptomatologisch auseinanderzuhalten uns derzeit nur noch nicht möglich ist.

Katatoniker nähert sich mehr der der degenerativen Formen (Paranoia, periodisches Irresein). Auch in der Eigenanamnese der Hebephrenen läßt sich nicht so selten Syphilis eruieren. Die Züge angeborener psychopathischer Minderwertigkeit (vgl. VIII) finden sich in der Vorgeschichte dieser Kranken durchaus nicht besonders häufig. Manche Kranke waren zwar schon von Jugend auf schwachsinnig*) oder exzentrisch, charakterologisch irgendwie abnorm; viele aber bieten keinerlei Auffälligkeiten vor der Erkrankung weder in intellektueller noch in moralischer Beziehung, zuweilen wird sogar über eine auffallend gute Begabung berichtet. Speziell bei den katatonen Formen finden sich zuweilen Anhaltspunkte für eine infantile Hirnerkrankung („Kopftyphus"). In der Vorgeschichte findet sich auffallend häufig Typhus vermerkt.

Über determinierende Ursachen ist so gut wie nichts bekannt. Meistens bricht die Krankheit ohne irgendwelche äußere bekannte Veranlassungsursache aus, in anderen Fällen läßt sich einer jener Faktoren namhaft machen, wie wir sie in der Ätiologie der Amentia kennen gelernt haben, z. B. fieberhaftes Puerperium, protrahierte Laktation; auch geistige Überanstrengung wird gelegentlich angeschuldigt (ohne daß es freilich kaum je strikte bewiesen werden kann).

Der Ausgang in Blödsinn, gewisse körperliche Begleiterscheinungen lassen auch hier wieder an eine Allgemeinerkrankung, an eine tiefgehende Stoffwechselstörung denken, deren Wesen uns allerdings vollständig unbekannt ist. Wahrscheinlich spielen endokrine Störungen, speziell seitens der Geschlechtsdrüsen, eine große Rolle.

## D. Differentialdiagnose.

Die katatonen Erregungszustände weisen gegenüber dem Toben manischer Kranken folgende Merkmale auf. Der Gesichtsausdruck des Manischen verrät vor allem die affektive Verstimmung, Zorn oder Heiterkeit; auch in den schwersten Graden ist die Ablenkbarkeit der Patienten unverkennbar, das Anknüpfen an Sinnesreize, die Beeinflußbarkeit durch Vorgänge in der Umgebung; die Bewegungen sind kaleidoskopartig wechselnd, die Logorrhöe zeigt von dem reichlichen Gedankeninhalte, der durch stetes Auskramen von Erinnerungen, durch die eben erwähnte Ablenkbarkeit stetig auf neue Bahnen gelenkt wird. Demgegenüber tragen die sprachlichen Äußerungen der Katatoniker den ominösen Charakter der Gedankenarmut, monotones Psalmodieren einer und derselben Phrase, ausgezeichnete Verbigeration, auf dem Gebiete der Motilität Bewegungsstereotypie; dabei mangelt oft überhaupt jegliche affektive Betonung, die Miene ist auffallend

*) Derartige Fälle, bei welchen von Haus aus Imbezille später an Dementia praecox erkranken, bezeichnet man auch mit dem Namen „Pfropfhebephrenien".

unbelebt oder als Ausdruck des „Spannungsirreseins“ zu einer eigentümlichen Grimasse verzerrt („Schnauzstellung“), oder es zeigt sich ein affektiert süßliches Lächeln, das bei rastloser Erregung unverändert beibehalten wird, auf dem Gesichte gleichsam wie eingefroren bleibt; die Umgebung existiert für den Katatoniker in seinem Erregungszustande nicht, weder sein Treiben noch seine sprachlichen Äußerungen werden durch dieselbe beeinflußt, außer im Sinne der dann charakteristischen Echolalie und Echopraxie. Ungestörter Schlaf bei Patienten, die tagsüber psychomotorisch heftig erregt sind, wird nur bei Katatonikern, nie bei Manischen beobachtet.

Beim melancholischen, beziehungsweise zirkulären Stupor fehlen im Gegensatze zum katatonen überhaupt Spannungszustände in der willkürlichen Muskulatur. Gibt man sich mit einem schwer gehemmten Melancholiker nur genügend Mühe, so sieht man deutlich, daß derselbe Vorgänge in seiner Umgebung vollständig perzipiert; bei fingierten verbalen Drohungen, z. B. man werde ihn mit einer Nadel stechen, rötet sich das Gesicht des Kranken, die Miene verzieht sich ängstlich, es erfolgt vielleicht sogar der Versuch einer Abwehrbewegung. Einfachen Aufforderungen, Zunge zeigen, Augen öffnen usw. kommt der Melancholiker schließlich und endlich nach, wenn auch zögernd und unvollständig. Der Katatoniker bleibt seiner Umgebung gegenüber vollständig indifferent, läßt sich die Annäherung eines brennenden Streichhölzchens gegen sein Gesicht oder schmerzhafte Reize ruhig gefallen. Nur bei anhaltendem Druck auf die Bulbi läßt sich meistens das oben erwähnte „Bulbusdruckphänomen“ hervorrufen. In der Muskulatur besteht Katalepsie oder umgekehrt hartnäckiger Negativismus, die Tendenz, gerade die gegenteilige Stellung beizubehalten, die man passiv erteilen will. Dieses Widerstreben gegen jegliche Lageveränderung, gegen jegliche Vornahme kann aber anderseits wieder absolut nicht etwa mit den blindlings vorgenommenen Abwehrbewegungen und dem Widerstreben, wie z. B. bei der Panphobie, verwechselt werden. Die Miene des Katatonikers verrät gar keine Angst, auch nicht traurige Verstimmung, sondern bleibt leer, ausdruckslos, oder es zeigt sich sogar das schon oben erwähnte Grimassieren. Der Stupor wird vielleicht plötzlich durch konvulsivisches Lachen oder durch eine der raptusartigen Handlungen unterbrochen.

Vor einer Verwechslung mit Paranoia schützt die Berücksichtigung folgender Momente: Durchschnittlich jüngeres Lebensalter, Fehlen jeglicher eigentlicher Systemisierung, mehrfach untereinander nicht nur nicht zusammenhängende, sondern einander oft direkt widersprechende Wahnideen, der Wechsel derselben; oft legt schon der Inhalt allein die Demenz in ganz unverkennbarer Weise klar, phan-

tastische Größenideen oder ungeheuerliche hypochondrische Wahnvorstellungen, welche im einzelnen Falle geradezu an die Wahnideen der Paralytiker gemahnen. Ein Patient brachte z. B. die Wahnidee vor, Christus zu sein, weil ihm bei seiner Geburt das heilige Öl per Klysma injiziert worden sei. Eine Kranke erzählte, vom Gottessohne per anum mißbraucht worden zu sein; derselbe hätte sich an ihr infiziert und habe sich mit Zinksalbe behandeln lassen. Konsequent durchgeführte Dissimulationsversuche treten uns bei den paranoiden Formen der Dementia praecox kaum jemals in ausgesprochener Weise entgegen. Dazu kommt ein auffallendes Mißverhältnis zwischen Inhalt der Wahnideen und der Affektlage, sei es, daß irgendeine starke gemütliche Alteration überhaupt nicht vorliegt, sei es, daß der Affekt direkt widersprechend der momentan geäußerten Wahnidee ist.

Das zuletzt Gesagte gilt auch bezüglich der Sinnestäuschungen, und damit kommen wir zur Differentialdiagnose gegenüber jenen heilbaren Zustandsbildern, die unter dem Namen der Amentia zusammengefaßt werden.

In den meisten Fällen von Dementia praecox wird der Gedanke an eine gutartige halluzinatorische Verworrenheit von vornherein nicht aufkommen können, wenn man auf die im Kapitel Symptomatologie skizzierten Züge achtet; hervorgehoben sei also das wiederholt erwähnte Mißverhältnis zwischen Affekt und Vorstellungsinhalt, hier speziell Sinnestäuschungen, das Fehlen des typischen Ratlosigkeitsaffektes, ein überraschender Wechsel im Krankheitsbild und vor allem das Mißverhältnis zwischen auffallender äußerlicher Orientiertheit und den Äußerungen und dem Gebaren der Kranken, speziell das „Vorbeireden" und die „Sprachverwirrtheit". Diese Patienten erscheinen oft gar nicht verworren, sie vermögen oft in überraschender Weise über alle möglichen Dinge sinngemäße, völlig korrekte Angaben zu machen, bis unvermittelt eine ganz haarsträubende, schreiend unsinnige Antwort erfolgt. Die Verworrenheit eines Amentiakranken ist eine gleichmäßige, und ebenso stehen seine Handlungen und seine Äußerungen im Einklange mit der Verworrenheit und den Delirien. Ein Kranker mit akuter halluzinatorischer Verworrenheit wird z. B. plötzlich aggressiv, überfällt tätlich eine Person seiner Umgebung; aus seinen Äußerungen, seinem Gebaren geht aber unzweifelhaft hervor, daß er diese Person verkennt, daß er durch eine Gehörshalluzination zum Zorne gereizt wurde od. dgl. Der Hebephrene z. B. verrichtet seelenruhig irgendeine Arbeit, erweist sich klar und schlägt plötzlich, ohne zornigen Affekt zu zeigen, einen Wärter nieder, um ganz friedlich weiter zu spazieren usw. Man achte ferner auf das eigentümlich manirierte Wesen der Kranken, die manchmal an auf Drähten gezogene Marionetten erinnern. Anderseits dürfen aber ver-

einzelte katatone Symptome, z. B. vorübergehendes Auftreten von Flexibilitas cerea, ohne alle die zuletzt aufgezählten Charaktere, nicht überschätzt werden.

So entscheidend der Nachweis katatoner Züge gegenüber einem manischen und melancholischen Zustandsbilde in die Wagschale fällt, so sehr muß davor gewarnt werden, ihnen pathognostische Bedeutung für die Dementia praecox vindizieren zu wollen; sie werden, wie schon im Kapitel III erwähnt, auch bei Fällen von Amentia beobachtet*). Auch der Mangel einer unmittelbar determinierenden Ätiologie spricht in concreto gegen Amentia und für Schizophrenie, während selbstverständlich umgekehrt das Vorhandensein eines solchen ätiologischen Momentes an sich nicht gegen die Diagnose Dementia praecox verwertet werden darf. Die Entwickelung zur tiefen Verwirrtheit vollzieht sich gewöhnlich bei der Dementia praecox viel schleppender.

Es darf schließlich nicht verschwiegen werden, daß in einzelnen Fällen erst der weitere Verlauf, nicht das Zustandsbild an sich, eine sichere Diagnose gestattet, um so mehr, da auf der Höhe einer sehr schweren Verworrenheit bei der Amentia auch die Dissoziation der Affektlage und des Vorstellungsinhaltes episodisch auftreten kann.

Ohne Anamnese unmöglich, aber praktisch absolut irrelevant, ist die Unterscheidung zwischen Fällen von Dementia praecox und Dementia secundaria.

Sehr schwierig kann in manchen Fällen auch die Abgrenzung der Dementia praecox gegenüber der Paralysis progressiva werden. Einerseits kommen der Anamnese und dem Endausgang nach unzweifelhafte Fälle von Paralysis progressiva vor mit ausgesprochenen „katatonen" Erscheinungen; anderseits werden ja auch bei der Dementia praecox epileptiforme Anfälle und Pupillenstörungen beobachtet. Manchmal bringt dann erst der weitere Verlauf endgültige Klärung, der bei der progressiven Paralyse, wenn auch in vereinzelten Fällen sehr spät, aber schließlich doch unaufhaltsam fortschreitende Verfall auch in der physischen Sphäre, das Überhandnehmen der Lähmungserscheinungen; es sei wieder die hohe differentialdiagnostische Bedeutung der „vier Reaktionen" betont.

Ohne Kenntnis einer genauen Anamnese kann das sinnlose Toben der Katatoniker und deren Unbeeinflußbarkeit durch die Vorgänge in der Umgebung auch zur Verwechslung mit gewissen Formen von epileptischen Dämmerzuständen führen, zumal wenn Krampfanfälle unmittelbar vorausgingen. Eine Andeutung von aphasischen Störungen wird bei den epileptischen Dämmerzuständen kaum jemals

---

*) Übrigens auch als vorübergehende Symptome bei Epilepsie, Hysterie, Paralysis progressiva, Hirntumor, gelegentlich bei Kindern während fieberhafter Infektionskrankheiten und in der Rekonvaleszenz nach solchen usw.

vermißt, ein eigentümliches stetes „Abreißen" des Gedankenganges, eventuell totale Analgesie fallen für diese Diagnose gleichfalls in die Wagschale. Immerhin gibt es Fälle, bei welchen erst die weitere Beobachtung die Entscheidung zu bringen vermag.

Gegenüber manchen hysterischen Dämmerzuständen, die speziell wegen des „Vorbeiredens" mit katatonen Zustandsbildern eine gewisse Ähnlichkeit aufweisen können, ist vor allem auf die absolute Unbeeinflußbarkeit Gewicht zu legen. In nicht eben extrem seltenen Fällen gewährt aber auch diesbezüglich erst der weitere Verlauf Aufschluß über die Diagnose. Beim hysterischen Stupor sah ich niemals das „Bulbusdruckphänomen".

Berücksichtigt man das eigentümlich widerspruchsvolle Krankheitsbild, den plötzlichen Wechsel der Erscheinungen, das Mißverhältnis zwischen anscheinender Klarheit und dem eigentümlichen Gebaren und den Äußerungen der Kranken, so wird man es begreiflich finden, daß bei kriminellen Antezedentien oder wo sonst Gründe für Simulation angenommen werden können (bei Rekruten z. B.), das vorliegende Krankheitsbild leicht diesen Verdacht erwecken kann. Hier vermag nur fortgesetzte, dauernde, fachmännische Beobachtung die Sachlage zu klären, insbesondere muß natürlich der Nachweis der zunehmenden Verblödung gelingen; ausgesprochene Katalepsie läßt sich überhaupt nicht simulieren (vide übrigens auch Kapitel XVI, Anhang).

Bezüglich der Differentialdiagnose gegenüber der Neurasthenie vide sub Decursus.

## E. Pathologische Anatomie.

**Ein charakteristischer einheitlicher Befund ist nicht zu erheben, doch scheint es, daß die Rindenzellen schwere Schädigungen (Lipoidabbau usw.), Sklerosierung, insbesondere in der zweiten und dritten Schichte der Stirnhirnregion, erleiden. Auch malazische Prozesse wurden beschrieben. In den unter dem Bilde der Hirnschwellung letal endigenden Fällen fanden sich Residuen früherer meningealer Erkrankungen, ein konstitutionelles Mißverhältnis zwischen Schädelkapazität und Hirnvolumen, Hyperämie, Veränderungen der Meningen und des Plexus chorioideus usw.**

## F. Therapie.

Die Therapie ist leider meistens machtlos, den Prozeß zu heilen oder aber auch nur beeinflussen zu können. In symptomatischer Hinsicht leisten bei den Erregungszuständen die Dauerbäder (eventuell feuchte Einwicklungen) gute Dienste. Bei Stuporösen ist man nicht selten gezwungen, zur künstlichen Ernährung mittels der Schlundsonde zu greifen, was gelegentlich jahrelang fortgesetzt werden muß.

Möglichste Heranziehung zu passender Arbeit soll auch hier wieder oberstes Bestreben der praktischen Irrenpflege sein.

Bei akut einsetzenden Fällen von Dementia praecox, namentlich der katatonen Form und jugendliche Individuen betreffend, können öfters durch eine mäßige Thyreoidinmedikation (1/2 Tablette pro die), kombiniert mit Arsen-Eisenkur, weitgehende und anhaltende, einer (wenigstens vorläufigen) Heilung gleichkommende Erfolge erzielt werden. In einigen Fällen mit infantilistischem Habitus, besonders Verzögerung der Sexualentwicklung, bewährten sich auch Didymin-, beziehungsweise Ovarialtabletten in Verbindung mit gleichzeitiger Arsen-Eisenmedikation, ferner Epiglandolpräparate bei Fällen mit besonders starker sexueller Erregung. Auch Versuche mit der Erzeugung künstlichen Fiebers scheinen nicht ganz aussichtslos zu sein, wobei aber, wie erwähnt, besondere Vorsicht gegenüber der Tuberkulosegefahr geboten erscheint; es empfehlen sich daher mehr die intravenösen Typhusvakzine-Injektionen, als eine Tuberkulinkur.

# V. Die thyreogenen Geistesstörungen.

## XII. KAPITEL.

### A. Das myxödematöse Irresein.

Das Myxödem, dessen unzweideutige körperliche Erscheinungen sogleich näher erörtert werden sollen, geht fast ausnahmslos mit einer Störung in der psychischen Sphäre einher. Man beobachtet erstens in nahezu jedem Falle eine allgemeine Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit von ganz bestimmtem Typus, außerdem aber nicht selten neben und auf dem Boden dieser Ersteren Geistesstörungen s. str. Man kann dementsprechend füglich einen „myxödematösen Geisteszustand“ und „myxödematöse Psychosen“ unterscheiden.

Ersterer äußert sich in einer eigentümlichen Verlangsamung der psychischen Funktionen, in einer Denkhemmung, Verlust des Gedächtnisses (speziell der Merkfähigkeit), in Apathie, Gleichgültigkeit, Schlafsucht, im großen und ganzen also in einer zunehmenden eigenartigen Demenz.

Daneben können nun manische und melancholische Zustandsbilder, Verfolgungs- und Größenideen vorkommen, Sinnestäuschungen, Verworrenheitszustände usw., welche alle nichts Charakteristisches an sich haben, durch den myxödematösen Geisteszustand aber in eigenartiger Weise gefärbt erscheinen. Eine Kranke meiner Beobachtung z. B. äußerte ungeheuerliche Wahnideen, wie sie etwa einer Melancholie entsprechen würden; dabei war der ganze Affekt aber auffallend asthenisch, die Kranke eigentümlich torpid. Eine andere Patientin unserer Klinik bot „manische“ Züge, d. h. sie ward reizbar, trunksüchtig, brutal, tobte; es fehlte aber vollständig irgendwelche Produktivität auf assoziativem Gebiete, die sprachlichen Äußerungen flossen spärlich; die Kranke machte geradezu den Eindruck einer „sekundären“ Demenz.

Das Wichtigste aber, für die Diagnose ausschlaggebend, sind die somatischen Erscheinungen des Myxödems. Die Kranken nehmen immer mehr an Gewicht zu, gewinnen ein eigentümlich plumpes Aussehen durch die charakteristischen Veränderungen der Haut, welche

dick, trocken, rauh wird. Der Fingerdruck hinterläßt aber an dieser gedunsenen Haut keine Spur, wie z. B. beim gewöhnlichen Ödem. Am Nacken, an den Wangen, namentlich häufig über den Schlüsselbeingruben finden sich kompaktere Einlagerungen im Unterhautbindegewebe („Pseudolipome"), die Haare fallen aus, auch die Augenbrauen (schon früh deren lateraler Anteil). Die Körperwärme weist subnormale Werte auf (35·8 bis 36·0), die Kranken frösteln meist; bei weiblichen Individuen zessieren die Menses häufig oder sind im Gegenteile (besonders bei wenig ausgesprochenen Fällen) sehr profus. Die Verdauung liegt danieder; die Individuen sehen viel älter aus, als sie tatsächlich sind. Auch von seiten des Nervensystems bestehen allerlei Symptome, besonders quälender Kopfschmerz, vage „rheumatische" Schmerzen in der Muskulatur und den Gelenken, häufig wird Tremor manuum beobachtet. Die Sehnenreflexe sind meist gesteigert. In einigen Fällen sah man Ohnmachts- und epileptiforme Anfälle, ebenso Symptome der Tetanie.

Die Ätiologie ist klar. Der ganze Symptomenkomplex ist bedingt durch einen Ausfall der Schilddrüsenfunktion (ist auch identisch mit der früher von den Chirurgen nicht selten beobachteten Kachexia strumipriva). Auffallend ist die Tatsache, daß nicht bloß das Myxödem an sich, sondern auch die myxödematösen Psychosen zumeist bei weiblichen Individuen beobachtet wurden.

Die Prognose ist zufolge der Möglichkeit einer kausalen Therapie günstig, sogar jahrelang dauernde Fälle können heilen.

In überraschend schneller Weise schwinden alle körperlichen und geistigen Erscheinungen des Myxödems, sobald dem Organismus wieder Schilddrüsensubstanz zugeführt wird. Am zweckmäßigsten geschieht dies in Form der Thyreoidintabletten (österreichisches oder englisches Fabrikat), die Dosis beträgt 1 bis 3 Stück pro die. Wird aus irgendwelchen Gründen Schilddrüse in Substanz verordnet, so kann nicht genug betont werden, daß der Arzt unausgesetzt sich persönlich überzeugen muß, ob wirklich Schilddrüse geliefert wurde. Viele Fälle von „Mißerfolg" der Schilddrüsentherapie erklären sich daraus, daß die Patienten gar nicht Schilddrüse, sondern Bries, Lymphdrüsen, Fett usw. erhielten. In vielen Fällen wird es natürlich notwendig sein, die Kranken dauernd Thyreoidin nehmen zu lassen; in manchen genügt aber auch eine einmalige systematische Kur, um Dauerheilung zu erzielen.

* * *

**Beim Morbus Basedowii (also dem Hyperthyreoidismus) werden sowohl elementarere allgemeine psychische Veränderungen beobachtet (Reizbarkeit, Labilität der Stimmung, Ermüdbarkeit) wie Psychosen s. str., meist vom Charakter der Manie, welche in ihrem Verlaufe (Remissionen, Exazerbationen) gewöhnlich einen deutlichen Parallelismus**

zu der Intensität der nervös-somatischen Erscheinungen erkennen lassen. Schwer deliriöse Bilder sah man bei den Fällen von akutem Basedow. Die Prognose darf im großen und ganzen günstig gestellt werden. Die Diagnose ergibt sich aus den pathognostischen körperlichen Symptomen (Moebius, Graefe, Stellwag, Tachykardie, Struma, Schweiße usw.). In therapeutischer Hinsicht werden speziell bei den Basedowpsychosen die Erfolge von Antithyreoidin. Moebius (Serum, mit dreimal fünf Tropfen beginnend, steigend bis 5·0 bis 6·0 pro die) und Rhodagen (6·0 pro die) gerühmt. Natürlich kommen nebenbei auch die übrigen gegen das jeweilige psychopathologische Zustandsbild anzuwendenden therapeutischen Maßnahmen in Betracht.

## B. Der Kretinismus.

Auch hier sind die pathognostischen Erscheinungen des Athyreoidismus vorhanden, welche aber dadurch, daß der Funktionsausfall des wichtigen Organs nicht ein reifes, sondern ein erst in der Entwicklung befindliches Individuum betrifft, gewisse Besonderheiten sowohl in der psychischen wie körperlichen Sphäre aufweisen. Erstere äußern sich in einem mehr minder hohen Grade von Schwachsinn (Fälle schwerer Idiotie bis zu ganz leichten Schwachsinnsformen mit Erwerbsfähigkeit werden hier beobachtet). Was die genauere psychische Symptomatologie anbelangt, sei auf das Kapitel Idiotie und Imbezillität verwiesen, nur so viel sei hier bemerkt, daß die sogenannten torpiden Formen beim Kretinismus die Regel sind, was sich schon häufig in frühesten Jahren an der eigentümlichen Teilnahmslosigkeit und Apathie derartiger Kinder zeigt, daß aber die schwersten Blödsinnsformen gerade beim endemischen Kretinismus zu den Ausnahmen gehören.

Sehr charakteristisch sind die somatischen Störungen. In der größeren Mehrheit der Fälle besteht kropfige Entartung der Schilddrüse, bei den anderen wieder mangelt die Glandula thyreoidea vollständig. Die bleiche, wachsartige, trockene Haut weist die typischen myxödematösen*) Veränderungen auf: Haar- und Bartwuchs ist spärlich. Die Sexualentwicklung bleibt ganz aus oder vollzieht sich auffallend spät und rudimentär. Es besteht Hemmung des Längenwachstums, die Schädelbasis ist verkürzt, d. h. bleibt auf kindlichen Dimensionen stehen, während die Schädelkapsel weiterwächst, dadurch kommt ein sehr charakteristisches Aussehen des Kopfes zu stande. Die Augenhöhlen stehen weit auseinander, die Nasenwurzel ist eingesunken, die Nase selbst kurz, der Oberkiefer niedrig. Die große Fontanelle bleibt abnorm lange offen (selbst bis ins zweite Jahrzehnt). Zunge und Lippen sind wulstig, dick (Makroglossie). Auch die Zahnentwicklung erfolgt verspätet. Zuweilen sieht man bei 15- bis 20jährigen Individuen

*) Bei älteren Kretins pflegen die typisch myxödematösen Hautschwellungen häufig einer faltig-runzeligen Beschaffenheit Platz zu machen; die Backen bleiben meist auffallend rund, die Lider gedunsen, die Hautfarbe schmutzig-grau.

noch Milchzähne neben den bleibenden. Die Sprache ist auch bei den Fällen, welche es zu artikulierten sprachlichen Äußerungen gebracht haben, ungeschickt, schlecht verständlich. Es bestehen alle Abstufungen von Gehörsherabsetzung bis zu vollständiger Taubheit. Daher besteht auch häufig Taubstummheit. Auch Symptome der Tetanie wurden beobachtet. Die Verdauung liegt danieder (speziell hartnäckige Obstipation). Bei sehr vielen Kretins besteht eine Nabelhernie.

Der Kretinismus tritt zumeist endemisch auf (bei uns z. B. in Steiermark, im Salzkammergut, am Nordabhange der Karpathen, in einigen Gegenden von Bosnien, aber auch in der Tiefebene, z. B. auf der Insel Schütt); die Identität des sogenannten sporadischen mit dem endemischen Kretinismus ergibt sich sowohl aus der Symptomatologie wie aus der Wirkung der Therapie. Bemerkenswert ist, daß die Seeküsten frei sind von endemischem Kropf und Kretinismus.

Die Ätiologie des Kretinismus ist insofern aufgeklärt, als der gesamte Symptomenkomplex sich auf die Aplasie, beziehungsweise frühzeitige Erkrankung und damit Funktionsausfall der Schilddrüse zurückführen läßt. Warum aber dieser Athyreoidismus an vielen Orten gerade so häufig endemisch sich zeigt, an anderen nur sporadisch, wodurch er überhaupt primär bedingt ist, entzieht sich einstweilen noch unserer Erkenntnis. Am Kretinismus sind beide Geschlechter annähernd in gleichem Maße beteiligt; nur ein schwaches Überwiegen des männlichen Geschlechtes läßt sich vielleicht bemerken.

Bei den Fällen von sporadischem Kretinismus wurde manchmal erbliche Belastung und Blutsverwandtschaft der Eltern festgestellt; häufig ging dem Manifestwerden der ersten Symptome eine fieberhafte Infektionskrankheit voraus (was übrigens auch vom endemischen Kretinismus gilt).

Die Therapie ist auch hier eine kausale, d. h., es muß dem Organismus von außen her regelmäßig Schilddrüsensubstanz zugeführt werden. Der Effekt ist vor allem ganz erstaunlich bezüglich der somatischen Symptome. Das zurückgebliebene Längenwachstum stellt sich ein, zumeist auffallend rasch, gelegentlich noch in Jahren, da normalerweise das Knochenwachstum schon abgeschlossen ist (also noch um das 24. Lebensjahr herum), die Fontanelle schließt sich, die Entwicklung der Dentition vollzieht sich, die Haut wird glänzend, verliert ihr myxödematöses gedunsenes Aussehen; die Schweißsekretion, Appetit und geordneter Stuhlgang stellen sich ein, die Amenorrhoe schwindet; die sexuelle Entwicklung wird eine dem Alter entsprechende.

Nicht minder deutlich ist auch die Einwirkung auf die psychische Sphäre. Die Kinder beginnen mit einemmal ihrer Umgebung reges Interesse entgegenzubringen, werden lebhaft, fangen an zu spielen. Man muß sich hier nur folgendes, eigentlich ganz Selbstverständliches

vor Augen halten. Von den beiden gleich wichtigen Komponenten des menschlichen Intellekts, der Disposition, Anlage zum Verarbeiten äußerer Reize einerseits und der Erziehung anderseits, ist beim Kretinismus die erstere durch das Grundleiden in einer Weise geschädigt, daß letztere nicht oder nur schwer einwirken kann. Selbstverständlich kann aber nun das Thyreoidin nur diesen ersteren Faktor beeinflussen, und eine Thyreoidintablette ist nicht gleichzeitig eine A-B-C-Fibel. Wenn man also bei einem erwachsenen Kretin den durch den Athyreoidismus bedingten Zustand heilt, beziehungsweise bedeutend verbessert, darf man nicht erwarten, daß der Kranke gleichzeitig damit auch schon ein geistig vollwertiges Individuum wird; er wäre höchstens etwa mit einem bildungsfähigen Individuum zu vergleichen, das aber durch äußere Umstände bis zu seinem 30. oder 40. Jahre keinen irgendwie gearteten Unterricht genossen hat. Befriedigend werden die Erfolge auch in psychischer Beziehung nur dort sein können, wo die Behandlung in frühester Kindheit möglich ist und zugleich kombiniert wird mit regelmäßigem Unterricht. Während beim endemischen Kretinismus die Besserung auch nach Aussetzen der Thyreoidinmedikation dauernd anzuhalten pflegt, scheinen beim sporadischen Kretinismus mit Aufhören der Therapie mehr minder rasch Rückfälle die Regel zu sein.

Bezüglich der Behandlung kann nicht eindringlich genug vor zu hohen Dosen der Schilddrüsenmedikation gewarnt werden, bei welchen nicht nur Mißerfolge, sondern auch schädliche lebensgefährliche Wirkungen beobachtet wurden. Als durchschnittliche Dosis empfiehlt sich 1 Tablette pro die (bei sehr kleinen Kindern $1/2$ Tablette); nur in Ausnahmsfällen kann man vorübergehend auf $1^1/_2$ bis 2 Tabletten (Maximum) steigen.

* * *

**Bei der Tetanie (Störungen der Epithelkörperchenfunktion) wurden zuweilen halluzinatorische Verwirrtheitszustände beobachtet, ebenso Stuporzustände usw.**

# VI. Das Irresein bei den großen Neurosen.

XIII. KAPITEL.

## PSYCHOSIS CUM EPILEPSIA (EPILEPTISCHES IRRESEIN).

### A. Symptomatologie.

#### a) Psychisch.

Wir müssen hier zunächst unterscheiden zwischen einer habituellen psychischen Veränderung der meisten Epileptiker (dem epileptischen Geisteszustande) und den eigentlichen epileptischen Geistesstörungen.

Abgesehen von ungemein seltenen Ausnahmen, zieht länger bestehende Epilepsie gewisse dauernde psychische Anomalien nach sich, welche oft so ausgeprägt sein können, daß aus ihnen allein sich die Diagnose stellen läßt. Es handelt sich vor allem um eine eigenartige, oft nur angedeutete, oft hochgradige Demenz*). Der geistige Horizont der Kranken engt sich immer mehr und mehr ein, sie verlieren das Interesse für die Außenwelt, während das „Ich" um so mehr in den Vordergrund tritt. Der ganze Gedankengang dreht sich immer um die „Krankheit", die jetzt, „Gott lob", „immer besser" wird. Die Patienten widmen eine eigentümlich hypochondrisch ängstliche Aufmerksamkeit allen ihren körperlichen Vorgängen, ersparen dem Arzte nicht die allerminutiöseste Schilderung ihrer zahllosen Beschwerden. Der Denkprozeß ist verlangsamt, die Patienten fassen schwer auf, ihre Ausdrucksweise wird schwerfällig, dabei von einer ganz ermüdenden Weitschweifigkeit. Es mangelt dem Kranken jegliche Kritik, Wesentliches vom Unwesentlichen zu unterscheiden. Zum Unterschiede von der manischen Weitschweifigkeit fehlt aber hier absolut jegliche Ablenkbarkeit, eine Beeinflussung durch Sinnesreize usw. Der Epileptiker verliert nie den Faden, sondern gelangt schließlich und endlich doch immer ans Ziel. Ein und dieselbe Erzählung wird immer wieder

*) Selbstverständlich sind damit nicht zu verwechseln jene Fälle von Idiotie oder Imbezillität, welche auch mit epileptischen Anfällen einhergehen.

mit denselben Worten wiedergegeben, wobei Auskramen von Gemeinplätzen, Sprichwörtern und Bibelsprüchen besonders auffällt. Die Patienten haben ferner meist einen eigentümlich pietistischen Zug an sich, triefen von Salbung, besorgen ängstlich alle vorgeschriebenen religiösen Übungen, drängen sich mit Predigten an andere heran. (Epileptiker schließen sich in den Anstalten ungemein leicht aneinander an und erbauen einander wechselseitig durch langatmige, pietistische Expektorationen.) Die Kranken weisen oft eine übertrieben süßliche Devotion auf, beobachten in der Anrede an ihre Umgebung nicht nur peinlich alle eventuellen Titulaturen, sondern schmücken dieselben mit zahlreichen Epitheta, „lieb“ und „gut“ aus. In recht auffallendem und charakteristischem Kontrast dazu steht die ganz enorme Reizbarkeit, die Empfindlichkeit und der Egoismus derartiger Kranker. Derselbe Patient, dessen Lippen eben noch von Äußerungen christlicher Nächstenliebe überflossen, schlägt rücksichtslos auf seinen Nachbar los, der vielleicht ganz unabsichtlich beim Vorübergehen an ihn anstreifte. Dieselbe Kranke, die dem „lieben Herrn Doktor“ soeben versicherte, ihn tagtäglich in ihr Gebet einzuschließen, insultiert verbal oder tätlich den Arzt wegen Nichterfüllung einer Bitte, oder weil der Arzt nicht lange genug bei der Visite ihr seine Aufmerksamkeit geschenkt usw.

Fast nie vermißt man eine eigentümliche Pedanterie der Kranken; sie tragen in den Anstalten z. B. all ihren kleinen Krimskrams, Geschenke usw., fein säuberlich verpackt, mit sich herum, führen genau Buch über jeden einzelnen Karton, über ihre Anfälle, über ihre Stuhlentleerungen usw. Die äußere Form in den Schriften der Kranken hat oft etwas Altväterisches, Geziertes, peinlich Korrektes an sich usw.

Neben diesen habituellen psychischen Anomalien kommen nun bei den Epileptikern eine Reihe von Geistesstörungen s. str. vor, zumeist vorübergehender Art. Diese Psychosen treten nicht nach den ersten Anfällen im Leben des Epileptikers auf, sondern fast ausnahmslos erst nach mehrjährigem Bestehen dieser Neurose.

Eine große Gruppe läßt eine innige Beziehung zu den Anfällen selbst erkennen.

Dem klassischen, voll ausgebildeten Krampfanfalle gehen zumeist entferntere und unmittelbare Vorboten voraus. Erstere, welche manchmal sogar auf zwei bis drei Tage sich erstrecken können, äußern sich hauptsächlich in der psychischen Sphäre, in gesteigerter Reizbarkeit oder in Depression, in allgemeinem Unbehagen, „Todesahnungen“ usw. Die den Krampfanfall unmittelbar einleitenden Vorboten, unter der Bezeichnung „aura“ zusammengefaßt, welche nur wenige Sekunden bis Minuten anhalten, bestehen in den mannigfachsten, für ein und denselben Kranken jedoch stereotypen abnormen Sensationen, z. B. dem Gefühle des „Angehauchtwerdens“, einer eigentümlichen, von der Brustgegend aufsteigenden Empfindung, in sensorischen Reizerscheinungen, wie Augenflimmern, Sehen von Rauch, Funken, Farben, Bildern, Ohren-

sausen, Hören von Läuten, singenden Stimmen usw., in Parästhesieen, zuweilen auch schon Steifwerden und Zuckungen bestimmter Muskelgruppen. Manche Kranke gewinnen durch das Eintreten ihrer Aura Zeit, sich einigermaßen gegen die Unfälle während der Konvulsionen zu schützen, z. B. rechtzeitig sich niederzulegen oder die Umgebung aufmerksam zu machen. Zuweilen, namentlich unter dem Einflusse entsprechender Behandlung, bleibt es bei der Aura, ohne daß der schwere Anfall folgt. In manchen Fällen aber setzt die Krampfattacke perakut, ohne Vorboten, ein.

Das Bewußtsein wird sofort vollständig aufgehoben; die Kranken stürzen daher, wie vom Blitze getroffen, zusammen, wobei häufig die Wucht des Hinfallens durch bereits eintretende Muskelkrämpfe mit Halbseitentypus noch gesteigert und die Fallrichtung beeinflußt wird. Diese Kranken stürzen nicht einfach hin, sondern werden gewissermaßen hingeschleudert.

Das folgende Stadium weist tonischen Charakter auf, meist mit déviation conjugée der bulbi und des Kopfes. Durch den plötzlich einsetzenden tonischen Krampf der Zwerchfell- und Thoraxmuskulatur kommt es nicht nur öfters zu einem gellen initialen Schrei, sondern ausnahmslos zum Atemstillstande. Dem anfänglichen Erblassen folgt daher rasch zunehmende Zyanose.*) Die Pupillen sind maximal weit, reaktionslos. Nach etwa 10 bis 30 Sekunden folgt das Stadium der Clonismen, heftig schüttelnder Krampfbewegungen der gesamten willkürlichen Muskulatur**), wobei zu Beginn und bei der Lösung des Anfalles wieder der Halbseitentypus gut beobachtet werden kann. Von den Krämpfen wird auch die Muskulatur der Zunge befallen, welche zwischen die knirschenden Zähne geraten kann, was schwere Bißverletzungen (gelegentlich vollständiges Durchbeißen) der Zunge zur Folge hat. Der durch die Krämpfe der Zungen-, Lippen- und Wangenmuskulatur zu Schaum geschlagene Speichel wird dadurch blutig tingiert. Recht häufig tritt Harnentleerung auf, seltener Abgang von Stuhl oder Sperma. Die starke Blutdrucksteigerung führt zu zahlreichen feinen Hämorrhagien (vgl. unter A, b. dieses Kapitels).

Nach zwei bis drei Minuten — (die Dauer wird von der erschreckten laienhaften Umgebung immer bedeutend überschätzt) — hören allmählich die Zuckungen auf, die Atmung wird wieder regelmäßig, die Zyanose schwindet; die Kranken liegen nun kurze Zeit in tiefster Erschlaffung dahin, um entweder fast plötzlich zum vollen Bewußtsein zu erwachen, was seltener der Fall ist, oder, in der Regel, erst ein Stadium von Benommenheit und Schwerbesinnlichkeit durchzumachen, das gelegentlich auch gewisse aktivere Züge eines echten Verworrenheitszustandes erkennen läßt. Die Kranken liegen nicht einfach soporös dahin, sondern vollführen in einem traumhaft veränderten Bewußtseinszustande allerlei mehr minder koordinierte Bewegungen, wischen und scheuern an ihrem Körper, greifen herum, stopfen sich zunächstliegende Gegenstände in die Taschen, oder sie stehen auf, gehen ziel- und planlos auf und ab, laufen umher, u. dgl. Kopfschmerzen, allgemeine Abgeschlagenheit, Muskelschmerzen können noch stundenlang den Anfall überdauern. Ausnahmslos herrscht lückenlose Amnesie für den eben überstandenen Anfall.

---

*) Es kommt nie vor, daß die Atembehinderung des epileptischen Anfalls an sich zum Erstickungstode führt; wohl aber sind nicht beaufsichtigte Kranke schon dem Tode durch Ersticken, Ertrinken oder Verbrennen zum Opfer gefallen infolge der durch die Bewußtlosigkeit bedingten Unmöglichkeit einer Selbsthilfe, wenn sie z. B. mit dem Gesichte ins Wasser fielen o. dgl.

**) Die Heftigkeit der Konvulsionen ist derart groß, daß sie Verrenkungen (besonders häufig im Schultergelenke) zur Folge haben können, welche auch nach und nach habituell werden. Infolge der totalen Analgesie und der Intensität der Krämpfe ziehen sich derlei Patienten Hautabschürfungen, Quetschungen, Muskelzerreißungen Knochenfrakturen, Schädeltraumen usw. zu.

Von diesem typischen Krampfanfalle nun (dem „grand“ oder „haut mal“) mit seinen beiden Komponenten, nämlich der Bewußtlosigkeit einer-, den Konvulsionen anderseits, gibt es nun nach beiden Richtungen Abweichungen, rudimentär ausgebildete Anfälle. In einer Reihe ist die Bewußtseinstrübung nur wenig ausgesprochen oder fehlt ganz. Dies ist z. B. bekanntlich der Fall bei den Jacksonschen Anfällen, wie sie symptomatisch bei kortikalen Prozessen der verschiedensten Genese (Tumoren usw.) in Erscheinung treten, aber auch bei der gewöhnlichen Epilepsie hie und da neben den generalisierten Muskelkrämpfen vorkommen können; daß auch die generalisierten Krämpfe den Rinden-, d. h. Halbseitentypus erkennen lassen, wurde schon erwähnt. Es treten ferner bei kaum getrübtem oder völlig klarem Bewußtsein tonische Krämpfe oder leichte Zuckungen in einer oder mehreren Muskelpartieen auf, an den Gliedmaßen, an den Augenmuskeln; es wurden eigentümliche anfallsweise auftretende Tremores bestimmter Muskelgruppen beobachtet.

In einer zweiten großen Reihe von zur Epilepsie zu rechnenden Zuständen treten die Krampferscheinungen mehr oder minder in den Hintergrund oder fehlen vollständig, während die Bewußtseinsstörungen besonders ausgeprägt sind. Hieher gehören die sogenannten „absences“. Ohne zusammenzustürzen, ja ohne bemerkbare Krämpfe überhaupt (zuweilen beschränkt sich die konvulsive Komponente auf leichte Zuckungen isolierter Muskelgruppen, z. B. der Schlingmuskulatur, „Wasserschlucken“, des Orbicularis oculi, der Außenmuskel des Augapfels, usw.) wird der Kranke plötzlich blaß, blickt einige Sekunden starr vor sich hin, ohne auf Anreden oder andere Reize zu reagieren, hält in seiner momentanen Beschäftigung inne, um nach wenigen Augenblicken in seiner Arbeit oder in dem Gespräche fortzufahren; ausnahmslos besteht auch hier völlige Erinnerungslosigkeit. (vide auch später unter „psychische Äquivalente“). Konvulsive Elemente fehlen ferner, bzw. sind nur ganz abortiv angedeutet bei den sogenannten epileptischen Ohnmachtsanfällen, bei welchen die Kranken bewußtlos einfach zusammenstürzen. Gegenüber der Synkope, der gewöhnlichen Ohnmacht achte man darauf, daß bei dieser stets eine unmittelbar auslösende Veranlassungsursache nachweisbar ist, wie Schreck, akute Anämie u. dgl., während die epileptischen Ohnmachtsanfälle spontan auftreten; bei ersterer bleibt die Pupillarreaktion erhalten, der Puls ist filiform, öfters aussetzend, der Kranke, der schon zu sich gekommen war, wird oft neuerdings ohnmächtig bei brüskem Sichaufsetzen. Decessus involuntarius urinae kommt bei der gewöhnlichen Ohnmacht nie vor.

Die leichteren Formen dieser abgeschwächten, unvollständigen Anfälle werden auch unter dem Namen „petit mal“ zusammengefaßt.

Während nun die früher erwähnten flüchtigen Verworrenheitszustände, welche zwischen Aufhören der Konvulsionen und dem Wiedererlangen des normalen Bewußtseins beobachtet werden können, schon bei den ersten Anfällen vorkommen, sind die sogleich näher zu schildernden

postepileptischen Dämmerzustände

eine Erscheinung, die, wie oben gesagt, nur bei mehrjährigem Bestehen des Leidens auftritt. Die Psychose entwickelt sich also im Anschlusse an die Krampfanfälle. Es kann dabei der Verlauf so sein, daß der Patient nach der Krampfattacke überhaupt nicht zunächst sein Bewußtsein erlangt, sondern erst eine psychotische Phase durchmacht. Häufig aber stellen sich vorerst einige Anfälle ein, die in gewöhnlicher Art und Weise verlaufen, und erst einige Tage später bricht perakut eine

Psychose aus. Es handelt sich um Zustandsbilder, bei welchen Verworrenheit und Halluzinationen die hervorstechendsten Symptome bilden. Charakteristisch für die epileptische Genese ist erstens der plötzliche Beginn und ebenso die kritische Lösung der Geistesstörung, ihre kurze Dauer (meist wenige Tage), die meist (aber nicht ausnahmslos) bestehende Amnesie, mit welcher die Psychose schließt, und die während des Anfalles meist vorhandene Analgesie. Der Dämmerzustand an sich kann recht verschiedene Bilder zeigen. Auffallend häufig haben die Delirien einen eigentümlich übersinnlichen oder schreckhaften Inhalt von Himmel und Hölle, Gott, Heiligen, Teufeln, Feuer, Rauch, Blut; Halluzinationen von „rot" sind überhaupt bei der Epilepsie häufig; die Kranken glauben gestorben, bereits im Jenseits zu sein usw. Die Miene des Kranken ist visionär ekstasisch verklärt oder drückt grauenvollen Schrecken aus, sie psalmodieren, predigen laut oder bekunden namenloses Entsetzen. Die heftige Angst führt zu explosiven psychomotorischen Entladungen, blindwütender höchst gefährlicher Aggression. Das Bewußtsein ist tief traumhaft verändert, ein Rapport mit den Kranken läßt sich kaum herstellen. In anderen Fällen bieten die Kranken ein eigentümliches, als epileptische **Moria** bezeichnetes Wesen; sie sind äußerlich anscheinend orientiert, erkennen Personen ihrer Umgebung beim Namen, weisen aber eine eigentümlich forcierte Heiterkeit auf, sprechen ungemein viel, befinden sich in steter motorischer Unruhe, lachen, tanzen, singen, schreien, vollführen plötzlich recht gefährliche Angriffe gegen ihre Umgebung, ohne dabei zornmütige Erregung oder Angst zu verraten, schmieren mit Kot, demolieren, was ihnen in die Hände fällt. Im Gegensatze zum manischen Toben fehlt dabei (meistens) Ablenkbarkeit, Ideenflucht; ohne Kenntnis der Anamnese könnte man manchmal geradezu an katatone Erregungszustände denken. Die Patienten, welche äußerlich auffallend orientiert erscheinen, fassen schwer auf, die sprachlichen Äußerungen sind zerfahren, erfolgen oft ganz unvermittelt, zusammenhanglos, man bemerkt gewissermaßen ein stetes „Abreißen" des Gedankenganges; kaum jemals werden Andeutungen amnestisch-aphasischer oder paraphasischer Störungen vermißt, was überhaupt bei den epileptischen Dämmerzuständen recht häufig zu beobachten ist. In manchen Fällen bietet sich auch eine gewisse artikulatorische, nahezu an die paralytische erinnernde Sprachstörung. Das Mienenspiel läßt oft nicht die geringste Beziehung zu dem Inhalte der jeweiligen sprachlichen Äußerungen erkennen.

Ähnliche Dämmerzustände können sich auch vor Anfällen einstellen (präparoxysmelle Delirien) und führen ihrerseits wieder hinüber zu jenen Fällen gewöhnlicher Epilepsie, bei welchen die Aura nicht als isolierte einfache abnorme Sensation irgendwelcher Art auf-

tritt, sondern in Form bestimmter Halluzinationen, wie z. B. von roten Männchen, vom Teufel mit glühendem Dreizack usw.

Eine zweite Hauptgruppe epileptischer Geistesstörungen tritt nicht in enger Beziehung zu konvulsiven Anfällen auf, sondern ohne solche, oft vikariirend als

psychische Epilepsie, psychische Äquivalente.

Es wurde schon oben von den „Absences" gesprochen. In manchen Fällen hört der Kranke während der Absence nicht einfach in der Verrichtung auf, welcher er gerade obliegt, sondern setzt sie fort, aber in einem veränderten Bewußtseinszustande, in mehr minder verkehrter Weise; der Kanzlist schreibt z. B. ein und dasselbe Wort einige Male hintereinander auf oder schreibt über den Rand des Papieres hinaus, um sofort nachher, ohne die geringste Ahnung von seiner Bewußtseinstrübung zu haben, in völlig korrekter Weise den angefangenen Satz zu vollenden. Der Schneider näht während der Absence ruhig fort, heftet aber z. B. das in Angriff genommene Kleidungsstück an seinem eigenen Beinkleide fest usw. Wenn diese Erscheinungen nachts auftreten, können sie das Phänomen des sogenannten Somnambulismus hervorrufen. Die Kranken verlassen plötzlich das Bett und vollführen nun allerlei mehr oder minder zweckdienliche komplizierte Handlungen, kramen im Zimmer umher, setzen sich an den Schreibtisch, begeben sich auf einen Spaziergang usw.*) In Fällen letzterer Art handelt es sich also nicht mehr um eine einfache Leere, um ein einfaches Aufgehobensein des Bewußtseins, analog etwa der gewöhnlichen epileptischen Bewußtseinsstörung, sondern es werden mehr minder koordinierte Handlungen ausgeführt, die aber ihrerseits einem veränderten pathologischen Bewußtsein entspringen. Diese Fälle bilden den Übergang zu den eigentlichen Anfällen psychischer Epilepsie, wobei aber wieder betont sei, daß die verschiedenen Formen der Absencen schon als Frühsymptom bei Epileptikern bekannt sind, während die nunmehr zu beschreibenden Geistesstörungen erst bei lange bestehender Fallsucht auftreten.

Wie bei den post- und präepileptischen Dämmerzuständen handelt es sich auch hier um transitorische, perakut einsetzende und ebenso plötzlich wieder verschwindende Psychosen, die meistens auch von nur mehrtägiger Dauer sind. Doch kommen hier Psychosen vor

---

*) Irgend eine Abhängigkeit dieser Zustände von den Mondesphasen ist selbstverständlich nicht erwiesen. Die auffallende Sicherheit, mit der sich derartige Kranke in für die Erhaltung des Gleichgewichtes ungemein schwierigen Situationen gelegentlich bewegen können, z. B. längs der Dachrinne herumsteigen usw., erklärt sich unschwer gerade aus dem Dämmerzustandsbewußtsein und dem Wegfall irgend welcher hemmender Vorstellungen, wie solche der lebhafte Angstaffekt bei richtiger Beurteilung der Sachlage mit sich führen würde.

auch von mehrwöchiger, ja mehrmonatiger Dauer (protrahierte psychische Äquivalente), welche dem klinischen Bilde nach, ob ihres Ausganges mit mehr minder vollständiger Amnesie und wegen eventueller anderer unzweifelhaft epileptischer Antezedentien doch nur zu den Anfällen psychischer Epilepsie gerechnet werden können. Gerade diese länger dauernden epileptischen Psychosen endigen auch öfters mit langsamer, mehr lytischer Lösung, wobei auch die Erinnerung für den Inhalt der Delirien eine bessere sein kann, im Gegensatze zu der sonst ziemlich regelmäßigen völligen Amnesie.

Im einzelnen bieten diese Dämmerzustände recht große Verschiedenheiten dar, manchmal beschränken sie sich auf einige ganz sonderbare Akte, das ganze Bild spielt sich innerhalb weniger Minuten ab. Einer unserer Kranken z. B., dessen Anfälle meist nächtliche waren, sprang dabei von seinem Lager auf, riß die Bettdecke herab, die er auf dem Fußboden ausbreitete und auf der er nun defäzierte, worauf er sich wieder ins Bett begab.

In anderen Fällen spielt sich die transitorische Bewußtseinsveränderung derart ab (häufig von einer Geschmacks- oder Geruchsempfindung begleitet), daß die Kranken das Gefühl haben, die momentane Situation schon einmal in ganz derselben Weise erlebt zu haben („sentiment du déjà vu"). Diese anfallsweise auftretenden Erinnerungstäuschungen gehen oft jahrelang den schweren konvulsiven Attacken voraus, werden immer häufiger (zum Unterschiede von den durchaus analogen, auch bei jugendlichen Normalen gelegentlich vorkommenden Pseudoreminiszenzen, welche mit den Jahren immer seltener werden).

Es kommen ferner Dämmerzustände vor mit der charakteristischen religiösen oder schreckhaften Färbung, mit der blind wütenden Aggressivität*), ferner die eigentümlichen moriaartigen Zustandsbildern. In anderen Fällen geht der Dämmerzustand unter dem Bilde des sogenannten „epileptischen Stupors" einher. Die Kranken liegen äußerungs- und regungslos dahin, oder man beobachtet manchmal Echolalie und Echopraxie. Die Miene drückt visionär-ekstatisches Entzücken oder starken Angstaffekt aus. Wie der katatone, so wird auch der epileptische Stupor nicht selten durch recht gefährliche Raptus durchbrochen. Das „Bulbusdruckphänomen" habe ich beim epileptischen Stupor nie wahrgenommen.

Recht bemerkenswert ist die auffallende Gleichartigkeit der einzelnen psychotischen Anfälle bei einem und demselben Individuum, welche ganz an die „photographische Treue" des periodischen Irreseins gemahnt.

---

*) Das sogenannte „Amok"laufen der Malayen dürfte hieher gehören.

**Dieser Umstand sowohl wie die Periodizität selbst, welche sich in vielen Fällen psychischer Epilepsie beobachten läßt, gewähren eine Analogie mehr zwischen periodischem und epileptischem Irresein. Tatsächlich lassen sich klinisch die Anfälle psychischer Epilepsie nicht trennen von den sogenannten periodischen deliranten Verworrenheitszuständen, welche ihrerseits wieder durch Grenzfälle hinüberleiten zur einfachen periodischen Manie.**

Bemerkenswert ist, daß während der Dauer der Dämmerzustände nur ungemein selten konvulsive Anfälle vorkommen.

Eine andere gleichfalls transitorische psychische Anomalie der Epilepsie bilden eigentümliche mehr minder periodisch auftretende Verstimmungen. Unabhängig von der habituellen Reizbarkeit der Epileptiker, zu deren Entladung es doch immer eines, wenn auch oft geringfügigen äußeren Anlasses bedarf, bemächtigt sich der Kranken zeitweise eine ganz maßlose zornmütige Erregung; sie beginnen plötzlich heftig zu querulieren, bringen stürmisch irgend einen Wunsch vor, dessen Nichterfüllbarkeit sie doch schon längst hätten kennen lernen können, z. B. Bitte um Alkohol, Entlassung usw.; lawinenartig schwillt die enorme zornige Erregung an und entlädt sich explosivartig in irgend einer brutalen Gewalttat. Häufig hinterlassen derlei Wutausbrüche nur sehr lückenhafte Erinnerung. Die Kranken wissen nachträglich oft nur so viel, daß sie einige Tage „schlecht gelaunt" waren. „Da darf mir keiner nahe kommen," äußerte ein Patient, ein sonst recht tüchtiger verläßlicher Arbeiter. Bei demselben wurden diese Zustände regelmäßig eingeleitet durch Kopfschmerzen und angiospastische Erscheinungen an den Fingern (Blässe, Kälte, Hypästhesie). Häufig gehen derlei Zustände einem konvulsiven Anfalle voraus, namentlich beobachtet man sie, wenn Anfälle längere Zeit ausgeblieben sind. Aber auch unabhängig davon treten dergleichen periodische Verstimmungen auf. (Eine große Ähnlichkeit damit bietet der sogenannte „Zuchthausknall" der Gewohnheitsverbrecher und Prostituierten.)

Nicht immer handelt es sich um Zustände krankhaften Zornaffektes, zuweilen treten episodisch unmotiviert heitere Verstimmungen auf, wobei die Kranken ganz den Eindruck Manischer hervorrufen können. In anderen Fällen haben diese Stimmungsschwankungen depressiven Charakter mit lebhaftem Taedium vitae; eine quälende, dabei inhaltslose Angst und Beklemmung, eine eigenartige innere Unruhe beherrscht die Patienten und treibt die einen gebieterisch zu Alkoholexzessen oder zur Betäubung durch irgend ein anderes Narkotikum, die anderen zu ziel- und planlosem Davonlaufen und Herumirren, die dritten zum Selbstmorde, andere wieder zu triebartigen Masturbationen oder anderen sexuellen Ausschweifungen. Die Erinnerung pflegt meist recht vollständig zu sein, im Gegensatze zu gewissen anderen sogleich zu erörternden impulsiven Akten der Epileptiker. Hier aber ist das

Pathologische nicht die Handlung, welche ja nur die Reaktionsweise des Individuums bildet, sondern die Verstimmung, die primäre Dysphorie. Die Dauer dieser Anfälle beträgt auch nur wenige Tage.

Manche Dämmerzustände gehen mit eigentümlich impulsiven Trieben einher, z. B. mit dem unbezwinglichen Hang zum Mißbrauche geistiger Getränke, oder zur Vollführung ganz bestimmter Handlungen. Es zeigen sich hier wieder innige Beziehungen zwischen dem epileptischen Irresein und den eigenartigen sogenannten periodischen Monomanien (Pyromanie, Dipsomanie, epileptischer Wandertrieb)*). Sehr häufig sind es bestimmte kriminelle Akte, die in derlei Dämmerzuständen in ganz stereotyper Weise immer wieder begangen werden, Gewalttaten, sexuelle Delikte, Diebstahl usw. Totale Amnesie ist auch hier die Regel.

Eigentümlich sind gewisse Geistesstörungen mit chronischer Wahnbildung. Bei der vorwiegend degenerativen Ätiologie der Epilepsie kann einmal eine einfache Kombination von klassischer „Rückenmarks"-Epilepsie mit einer echten Paranoia vorkommen. Man sieht aber auch Fälle, bei welchen irgendwelche Delirien aus den Dämmerzuständen mithinübergenommen werden in die intervalläre Zeit und zu einer dauernden wahnhaften Verfälschung des Vorstellungsinhaltes führen. Einer unserer Kranken, der in seinen Dämmerzuständen den Himmel offen sah, die heiligen Heerscharen erblickte, die Dreifaltigkeit usw., führte auch in der anfallsfreien Zeit Gespräche mit halluzinierten göttlichen Personen, verkündete tagtäglich das Herannahen des Jüngsten Gerichtes, er sei von Gott umgewandelt worden, Gott habe ein neues Geschöpf aus ihm gemacht, er sei Gottes Sohn selbst usw.

Hysterische Anfälle können sich ferner auch kombinieren mit Epilepsie. Bei einem unserer Kranken, einem dementen Epileptiker, ließen sich lange Zeit hindurch durch Druck auf die Ovarialgegend mit der Sicherheit eines Experiments schwere hysterische Anfälle (arc de cercle usw.) auslösen, die durch neuerlichen Druck auf die hysterogene Zone sofort kupiert werden konnten. Auf konsequente Suggestionstherapie hin blieben die hysterischen Anfälle aus, ließen sich durch Druck auf die Ovarialgegend auch nicht mehr hervorrufen, während die epileptischen konvulsiven Anfälle naturgemäß nach wie vor fortbestanden.

### b) Somatisch.

Abgesehen von einigen auffallenden, sogleich näher zu erörternden körperlichen Symptomen während der epileptischen Psychosen

*) Poriomanie, „fugue", „automatisme ambulatoire". Die sogenannte „photographische Treue" ist gerade hier oft recht auffallend. Z. B. begeben sich manche epileptische Poriomane bei ihren Entweichungen immer wieder an denselben Ort, woselbst sie dann bei den Nachforschungen mit Sicherheit angetroffen werden können.

kann man bei vielen Epileptikern gewisse bemerkenswerte Erscheinungen im Bereiche des Status somaticus nachweisen. Vor allem werden bei der Mehrheit der Epileptiker die verschiedenen Degenerationszeichen angetroffen, oft gehäuft bei einem und demselben Individuum. Zu den interessanteren funktionellen Stigmen gehört eine ganz auffallende allgemeine Hypalgesie. Schädelnarben sind ein sehr häufiger Befund (teils als Folge der in den Anfällen erlittenen Verletzungen, teils als Residuen von ätiologisch wirksamen Schädeltraumen). Bißnarben an der Zunge oder den Lippen sind ebenso häufig zu finden.

Nahezu ausnahmslos lassen sich, wenigstens in Andeutungen, allerlei Halbseitenerscheinungen nachweisen, Differenzen in den tiefen und Haut-Reflexen, in der Muskelkraft usw., welche Symptome nach Anfällen meist viel deutlicher zu Tage treten. Recht oft findet sich Linkshändigkeit. Die verschiedenen Grade des Fazialisphänomens, öfters mit Intensitätsunterschieden zwischen rechts und links, trifft man sehr häufig bei Epileptikern, welche sonst keinerlei Symptome der Tetanie aufweisen. Übrigens kommen auch Kombinationen dieser beiden Prozesse vor.

Während der psychotischen Anfälle selbst besteht meist vollständige Analgesie, die sich auch im Fehlen des Kornealreflexes äußern kann. Die Pupillen sind zuweilen während der Dauer der Psychose auffallend weit; auch Lichtstarre wurde beobachtet. Der Puls ist zuweilen hart, bedeutend gespannt. Sorgfältige Wägungen haben auch eine Abnahme des Körpergewichtes nach den konvulsiven und während der psychischen Anfälle nachgewiesen.

Nach einem Krampfanfalle lassen sich sehr häufig, als Folgen der starken Blutdrucksteigerung, subkonjunktivale Ekchymosen und feinste punktförmige Hauthämorrhagien konstatieren, besonders an der Haut der Lider und um das Ohr herum. Von besonderer Wichtigkeit, weil fast konstant, ist, daß unmittelbar nach einem Krampfanfalle und durch 10 bis 15 Minuten noch anhaltend, ein- oder doppelseitig das positive Babinskische Zehenphänomen auslösbar ist.

Allerlei an sich höchst interessante Ergebnisse, welche Untersuchungen über Toxizität des Blutes und des Harns in der intervallären Zeit und während der Anfälle zu Tage gefördert haben, bedürfen einstweilen noch Nachprüfungen und seien daher hier nicht weiter erwähnt. Man fand bei manchen Epileptikern dauernd oder zu anfallsreichen Zeiten einen erhöhten Druck des Liquor cereprospinalis, in Fällen von postepileptischen Psychosen verminderten Druck der Lumbalflüssigkeit. Das Blutbild weist vor den Anfällen Leukopenie, nachher Leukozytose, speziell Eosinophilie auf.

Bemerkenswert sind gewisse vasomotorische Symptome während, beziehungsweise vor und nach den Anfällen oder vikariierend statt solcher, z. B. Aufschießen urtikariaähnlicher Quaddeln, lokale Angiospasmen usw.

## B. Ätiologie.

Die Ätiologie des epileptischen Irreseins deckt sich in vielen Punkten mit der der periodischen Geistesstörungen. In erster Linie muß die hereditäre Belastung genannt werden (namentlich Alkoholismus der Aszendenten spielt eine große Rolle, ferner Epilepsie und Migräne), dann kommen Schädeltraumen in Betracht — echte traumatische Epilepsien und damit epileptische Psychosen lieferte natürlich der Krieg in reichem Maße; namentlich Schädelschüsse kommen hier in Betracht — und (in viel höherem Maße als beim periodischen Irresein) zerebrale Herde der verschiedensten Genese (Encephalitiden, Porencephalie usw.), kleine multiple Erweichungsherde infolge Gefäßveränderungen (z. B. bei der Epilepsia tarda) usw. Eine ganz typische Anamnese ist z. B. irgend eine fieberhafte Affektion im zarten Kindesalter mit besonders schweren zerebralen Symptomen („Fraisen"). Diese Fraisenanfälle bestehen z. B. vom ersten bis zum dritten Lebensjahre fort, zessieren dann spontan, und um die Pubertät herum zeigen sich die ersten klassischen Anfälle. Zuweilen gehen den schweren konvulsiven Attacken längere Zeit abortive Anfälle voraus, isolierte Krämpfe, z. B. der Schlundmuskulatur („Wasserschlucken") oder Absencen.

Zuweilen ist die eigenartige epileptische Disposition an sich zu gering, um Anfall und Geistesstörung zu erzeugen, und es bedarf dazu noch bestimmter äußerer Faktoren. Als einer der wichtigsten muß hier der Alkohol genannt werden. Nicht nur daß bei einem manifesten Epileptikus die Frequenz und Intensität der Anfälle durch jede noch so geringe (!) Gabe Alkohols erfahrungsgemäß fast ausnahmslos eine bedeutende Steigerung erfährt, sieht man häufig genug, daß Kranke, die nachgewiesenermaßen von sehr häufigen Anfällen heimgesucht wurden, auf einmal in der Anstalt, ohne jegliche weitere Therapie, einfach nur bei absoluter Abstinenz, dauernd frei bleiben von Anfällen. Endlich gibt es sichergestellte Fälle derart, daß Kranke ohne Heredität, ohne epileptische Antezedentien irgend welcher Art, in reifem Mannesalter nur durch Alkoholmißbrauch an schwerer Epilepsie erkranken (besonders berüchtigt ist diesbezüglich der Absinth, wobei nicht nur dem Alkohol an sich, sondern auch dem ätherischen Öle eine gewisse ursächliche Rolle beigemessen werden muß).

Eine andere ätiologisch interessante Gruppe bilden die Fälle sogenannter Reflexepilepsie. Hiebei muß (gerade wie beim reflektorisch bedingten periodischen Irresein) noch ein peripherer reizabgebender Faktor vorhanden sein, der in Verbindung mit der eigenartigen Disposition konvulsive Attacken oder Anfälle psychischer Epilepsie auslöst. Die peripheren Reizquellen können wieder sehr

verschieden sein, schmerzhafte Affektionen der verschiedensten Art, Neurome, in einen Kallus eingeheilte Nervenstämmchen, Neuralgien, abgesprengte, auf einen Nerven drückende Knochensplitter, Polypen der Nase, Ohren, des Uterus, Helminthiasis usw.

An der Epilepsie nehmen beide Geschlechter in beiläufig gleichem Prozentverhältnisse teil. Was das Lebensalter anbelangt, so treten die ersten Anfälle meist schon in früher Jugend auf (um die Pubertät herum, oft noch früher). Wo aber greifbare äußere Faktoren vorliegen (wie Schädeltraumen usw.), spielt selbstverständlich das Lebensalter keine Rolle; es wurde schon oben angedeutet, daß es auch eine Epilepsia senilis (tardiva) gibt, bei der wohl eher die Annahme von kleinsten durch die Gefäßveränderungen bedingten Herden als ursächliches Moment plausibler ist als Theorien, welche auf irgend welche Zirkulationsstörungen rekurrieren.

## C. Pathologische Anatomie.

In zahlreichen Fällen wurden zerebrale herdförmige Läsionen der verschiedensten Lokalisation und Genese gefunden, oft schon grob makroskopischer Art, oft nur durch die histologische Untersuchung aufgedeckt. (Zirkumskripte Sklerosen, kleine Erweichungsherde, gelegentlich infolge Ablagerung von Kalksalzen auch schon intra vitam durch das Röntgenogramm nachweisbar usw. — Auffallend häufig fand sich eine Sklerose des Ammonshornes.) Bei Fällen mit schweren ausgebreiteten pathologischen Veränderungen des Encephalons ist übrigens die Epilepsie im klinischen Bilde nur von untergeordneter Bedeutung und tritt zurück hinter anderen klinischen Symptomen, z. B. der Idiotie.

## D. Prognose.

Abgesehen von den sehr seltenen Fällen reflektorischer Epilepsie ist die Prognose quoad sanationem beim epileptischen Irresein eine ungünstige. Gelingt es auch, die konvulsiven Anfälle bis zu einem gewissen Grade einzudämmen, kann man auch mit Sicherheit bei den transitorischen Psychosen das Aufhören jedes einzelnen Anfalles voraussagen, so läßt sich ein Wiederkehren derselben doch nicht verhindern, während außerdem die intellektuelle Abschwächung der Kranken immer größere Fortschritte macht.

Gerade in der psychiatrischen Praxis hat man es überhaupt meistens mit sehr schweren und langjährig bestehenden Krampfanfällen zu tun.

Die Prognose quoad vitam kann zwar im großen und ganzen als günstig erachtet werden, wird aber gerade hier wieder durch die Selbstmordgefahr der Patienten getrübt. Einer meiner Patienten z. B. hatte sich in einem Dämmerzustand mit einem Rasiermesser am Halse eine klaffende Wunde beigebracht und war nur wie durch ein Wunder gerettet worden.

Über Prognose der einfachen Epilepsie vide auch sub Anhang A, b.

Auftreten eines Status epilepticus gefährdet stets das Leben in hohem Maße.

## E. Therapie.

Nur in leider ungemein seltenen Fällen kann die Therapie eine kausale sein (z. B. Entfernung der Polypen, Ausschneidung kallöser Narben usw.). Im großen und ganzen sind wir auf die symptomatische Behandlung angewiesen. Von jeher bewährt und durch kein modernes Verfahren ersetzbar sind hier die Bromalkalien, welche bei längerem Gebrauche die Erregbarkeit der Großhirnrinde herabsetzen. (Über Behandlung der Epilepsie vide Anhang A, b.)

Eine conditio sine qua non ist aber absolute Enthaltung von Alkohol in jeglicher Form und jeglicher noch so minimaler Quantität. Mit der Behandlung der Neurose selbst trachten wir auch zugleich gegen das Auftreten epileptischer Psychosen anzukämpfen. Gegen den einmal ausgebrochenen psychischen Anfall sind wir so ziemlich machtlos. Sorgfältige Überwachung versteht sich von selbst, in manchen Fällen bleibt nichts anderes übrig als die Isolierung der Kranken, Hyoszininjektionen u. dgl.

XIV. KAPITEL.

# DIE HYSTERISCHEN GEISTESSTÖRUNGEN.

Wie bei der Epilepsie kann man auch bei der Hysterie dauernde Anomalien in der psychischen Sphäre, den sogenannten hysterischen Charakter, und vorübergehende Geistesstörungen im eigentlichen Sinne, die hysterischen Psychosen, unterscheiden.

Was die hysterische dauernde Geistesbeschaffenheit anbelangt, so steht im Vordergrunde des Krankheitsbildes eine eigenartige unbedingte Suggestibilität, derart, daß hemmungs- und kritiklos sowohl dem eigenen Ich entspringende Vorstellungen (Autosuggestionen), wie solche von der Umgebung ausgehend, vollständig das Bewußtsein beherrschen und häufig auch ohneweiters in entsprechende körperliche Erscheinungen umgesetzt werden. Innenvorgänge, Träume, Erinnerungen usw., wie der Anblick eines Nachbarn, das Beispiel, ein Wort seitens der Umgebung erzeugen im Nu irgend ein Krankheitssymptom, modifizieren dasselbe oder lassen es plötzlich schwinden. Der Erinnerungsinhalt wird in bunter Weise verfälscht auf autosuggestivem Wege, die Hysterischen legen eine ganz beispiellose Lügenhaftigkeit an den Tag, in unbewußter und bewußter Weise werden die Tatsachen verdreht, beschönigt, übertrieben, je nach der Affektbetonung der Vorstellungen.

Das Affektleben zeichnet sich durch besondere Maßlosigkeit, Disharmonie und jähen Wechsel aus. Sprunghaft lösen einander die heftigsten Sympathien und Antipathien ab, die Stimmungslage bewegt sich in den Extremen und die Heftigkeit der affektiven Reaktion steht im schroffen Gegensatze zur Veranlassungsursache*). Auch in den

*) Am besten bei dieser Gelegenheit sei der sogenannten „psychogenen Depressionszustände“ gedacht. Man versteht darunter eine durch Intensität und Dauer abnorm starke depressive Reaktion, zuweilen sogar mit leichter Hemmung auf psychomotorischem und assoziativem Gebiete, welche bei hysterisch Veranlagten unter dem Einflusse eines bereits erfolgten oder eines noch bevorstehenden Unheils sich einstellen kann. Fließende Übergänge führen davon hinüber zum physiologischen Traurigkeitsaffekte. Die Differentialdiagnose gegenüber einem endogenen depressiven Verstimmungszustande, also namentlich z. B. gegenüber einer Hypomelancholie, ist in praxi keineswegs immer leicht, da ja auch bei letzterer das eine- oder das anderemal

sprachlichen Äußerungen gibt sich dies häufig kund durch Schwelgen in Superlativen usw. Heute wird derselbe Arzt als „hochherzigster Mensch" und „edelste Apostelnatur" gepriesen, der gestern noch der „roheste Schuft" und „widerwärtigste Kerkermeister" geschimpft wurde. Die gestrigen „entsetzlichen, unsäglichen Qualen, wie sie noch kein Mensch erdulden mußte," weichen heute einem „himmlischen göttlichen Wohlgefühle" usw.

Was neben der enormen Suggestibilität am meisten hervorsticht, ist der schrankenlose Egoismus der Hysterischen; die Hysterischen kennen nur ihr Ich, ihr eigenes geistiges und körperliches Wohl und Wehe, mag auch zuweilen die Sucht, in den Vordergrund zu treten, als bewunderungswürdige Märtyrer, als edle Menschheitsapostel u. dgl. dazustehen, die Hysterischen zu aufopferungsvollen altruistischen Betätigungen anstacheln und auf diese Weise für den oberflächlichen Beobachter den krassen Egoismus verhüllen. Hieher gehören auch intensiv auflodernde aber wenig nachhaltige Neigungen für irgend einen neuen Beruf, womöglich für einen solchen, der wieder durch den Schimmer des Romantischen verklärt ist (Missionär, Fremdenlegionär, Nonnen usw.), ein rasch wechselndes Dilettieren in allen möglichen freien Künsten, oft speziell angepaßt dem jeweiligen „Herzensideal". Eine unserer Kranken hatte innerhalb weniger Wochen „leidenschaftlich" nacheinander Fleurettfechten, Kontrapunkt, Medizin und das Exerzierreglement zu studieren begonnen.

So wie der Egoismus auf autosuggestivem Wege zur kritiklosen Verfälschung des Vorstellungsinhaltes führt, ebenso bringt er einen eigenartigen „Krankheitswillen" mit sich; die Hysterischen wollen nicht nur beachtet und bemitleidet werden, sie wollen auch durch die Krankheit irgend einer unangenehmen Lage sich entziehen („Flucht in die Krankheit"), der Krankheitswille erzeugt, wieder unterstützt durch die Suggestibilität der Hysterischen, unausgesetzt neue Symptome, die der Beobachtung der Umgebung entlehnt sind oder einer eigenen Vorstellung entspringen; in unentwirrbarer Weise reichen unbewußte Nachahmung, nur durch die Vorstellung und den Gedanken, es „könnte" so sein, sofort auch schon auftretende psychische und physische Krankheitserscheinungen und bewußte Simulation einander die Hand, ja die Simulation ist bei Hysterischen nur mit ein Symptom des eigenartigen Charakters, und die Frage nach Simulation

ein reales Übel vorliegen kann, welches nun als Ursache angeschuldigt wird. Die Anamnese im Sinne früherer melancholischer oder manischer Phasen, vor allem aber die absolute Unbeeinflußbarkeit der Stimmungslage, das Bestehen der typischen abendlichen Remissionen bei letzteren Zuständen, ein Prävalieren anderer zweifellos psychogener Symptome und die augenscheinliche Beeinflußbarkeit durch Zuspruch, durch Änderung der äußeren Lage usw. bei den psychogenen Depressionszuständen wird doch meist die Diagnose ermöglichen.

bei Hysterischen kann, z. B. in forensischen Fällen, eigentlich sozusagen nur quantitativ, nicht qualitativ beantwortet werden. („Der Hysterische will krank sein, der Simulant will krank scheinen.“ „Nichtwollen-können“ und „Nichtkönnen-wollen“.)

Derlei Kranke haben alle einen mehr minder starken hypochondrischen Zug an sich, bringen täglich ein neues Symptom, eine neue Klage vor, stets mit maßloser Übertreibung in der Schilderung der Beschwerden; sie suchen Mittelpunkt zu sein eines teilnehmenden Kreises, welcher die Seelengröße der „duldenden Märtyrer“ bewundert; die Kranken sind dabei auch trotz der „wahnsinnigen Schmerzen“ und der „totalen Entkräftung“ den Genüssen des Lebens nicht abhold, mögen dieselben in rein materieller oder mehr geistiger Form (Musik, Dichtkunst usw.) an sie herantreten. Der Krankheitswille und die Sucht, aufzufallen, das Mitleid zu erregen, beachtet zu werden, führt zu theatralischen, meist recht ungefährlichen Selbstmordversuchen, anderseits zu hartnäckigen, mit größtem Raffinement ausgeführten und fortgesetzten Selbstbeschädigungen. Kranke verschlucken Fremdkörper, stechen sich Nadeln unter die Haut, erhalten durch stetes Reiben und Beißen eiternde Geschwüre usw. Oft werden derlei Mißhandlungen mit dem größten Raffinement trotz aller Sorgfalt und Wachsamkeit der Umgebung ausgeführt.

Das ethische Niveau steht meist sehr tief. In der rücksichtslosen Betätigung des „Ichs“, in dem Mangel altruistischer Gefühle ähnelt der Hysteriker geradezu dem „moral insane“. Zumeist ist ja auch die Ätiologie dieselbe, der hysterische Charakter an sich ist weitaus in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine Erscheinungsform der „Entartung“, eines vom Hause aus minderwertigen Zentralnervensystems, wobei Alkoholismus, psychische Noxen, ein Schädeltrauma, ein anderer Unfall, eine Genitalerkrankung u. dgl. nur unmittelbar auslösend wirken.

Bezüglich der körperlichen Begleiterscheinungen der Hysterie sei nur unter anderem an die bekannten Stigmen erinnert, als deren häufigste hier aufgezählt seien: Fehlen, beziehungsweise Herabsetzung des Kornealreflexes, des Würgreflexes, eine druckschmerzhafte Stelle am Scheitel (Clavus), mehrere Druckpunkte an der Wirbelsäule, unten und außerhalb von der Mammilla, in beiden Hypochondrien (Ovarie), die verschiedenen Hemianästhesien, isolierte schmerzunempfindliche Stellen (plâques anesthésiques), konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, Fehlen oder Herabsetzung des Nies- und Ohrenreflexes, anfallsweise auftretende Tachy-, seltener Bradykardie usw.

Bei dieser Gelegenheit sei aber speziell darauf aufmerksam gemacht, daß gerade bei den hysterischen Psychosen recht häufig keine der körperlichen Stigmata nachgewiesen werden können; letztere

vermißt man auch recht oft in Fällen kindlicher Hysterie. Nur erinnert sei ferner hier an die verschiedenen hysterischen Lähmungen (z. B. Astasie-Abasie), Kontrakturen, endlich an die hysterischen Krampfanfälle. Diese werden zuweilen von dem Gefühle des Aufsteigens einer Kugel von der Magengegend zum Halse, „Globus", von der Sensation eines Schlundkrampfes oder von Erstickungsgefühl eingeleitet. Diese Krampfanfälle unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht von den epileptischen. Letztere lassen den Rinden-, d. h. halbseitigen Typus erkennen, erstere befallen symmetrische Muskelgruppen; dadurch kommt es z. B. zu dem pathognostischen Bilde des Opisthotonus (arc de cercle, Krampf der Rückenstrecker), es kommt ferner bei den hysterischen Anfällen nicht oder nur höchst ausnahmsweise zu den schweren Verletzungen, wie Zungenbiß, Rißquetschwunden am Schädel usw. Die Kranken werden im Anfalle nicht einfach hingeschleudert, wie bei der Epilepsie, sondern lassen sich sozusagen hinfallen. Drittens ist sehr bemerkenswert die Abhängigkeit der hysterischen Anfälle von äußeren Einflüssen; die Anfälle treten nicht nur häufig auf im unmittelbaren Anschluß an ein psychisches Trauma (Schreck, Ärger, bei Berührung von heiklen unbequemen Punkten aus der Anamnese usw.), sondern lassen sich auch häufig mit der Sicherheit eines Experiments durch Reizung hysterogener Zonen auslösen und ebenso leicht durch denselben Eingriff kupieren. Einmaliger Druck auf die Ovarien z. B. zieht einen schweren hysterischen Krampfanfall nach sich, welcher aber durch neuerlichen Druck auf dieselbe Stelle ohneweiters wieder sistiert werden kann. Die Pupillen reagieren meist während des hysterischen Krampfes; gelegentlich wurde aber auch bei unzweifelhaft hysterischen konvulsiven Attacken Starre der Pupillen beobachtet, so daß das letztere Phänomen nicht mehr als differentialdiagnostisch zwischen epileptischem und hysterischem Anfalle gelten kann. Das vorübergehende Auftreten des Babinskischen Phänomens wurde dagegen nach hysterischen Krämpfen noch nie beobachtet.

Abgesehen von den schweren klassischen Krampfanfällen kommen vor mehr umschriebene tonisch-klonische Muskelkrämpfe, Wein- und Lachkrämpfe, Anfälle von Singultus, eigentümlich schleudernde Bewegungen einzelner Extremitäten oder kompliziertere, oft sehr sonderbare Exerzitien des ganzen Körpers (Chorea magna, Chorea saltatoria, natatoria usw.). Der Krieg brachte in ungeahnter Häufigkeit die grotesken Bilder der „Myotonoklonia trepidans", die hysterisch Taubstummen usw. Die Hysterie kann alle erdenklichen körperlichen Krankheitserscheinungen imitieren (Lähmungen, Kontrakturen, Veitstanz, Schüttelkrämpfe, Zittern, Blutbrechen, Angina pectoris, Meteorismus, Fieber usw.).

Die hysterischen Psychosen s. str. lassen geradeso wie die Krampfanfälle die Abhängigkeit von äußeren Faktoren erkennen. Psychische Schädlichkeiten wie Ärger, Schreck, die Befürchtung eines bevorstehenden Übels u. dgl. lösen mit Leichtigkeit sowohl Dämmerzustände aus, wie länger dauernde eigenartige Geistesstörungen, und ebenso sind durch äußere Umstände diese Psychosen in Symptomatologie, Verlauf und Dauer ungemein beeinflußbar. Oft entwickelt sich unmittelbar aus einer noch physiologischen Erregung heraus der Dämmerzustand. Zuweilen bildet ein Alkoholexzeß die auslösende Ursache für eine hysterische Psychose. (Pathologische Alkoholreaktion der Hysterischen, mit sinnlosen Gewalttätigkeiten, planlosem Herumschießen auf offener Straße, Sich-Entkleiden u. dgl.) In anderen Fällen wieder tritt die hysterische Psychose anscheinend spontan auf, wenigstens ohne daß sich eine äußere unmittelbare Veranlassungsursache nachweisen ließe, beziehungsweise von den Kranken hinterher zugestanden würde.

Die Semiotik der Dämmerzustände weist, abgesehen natürlich von der eben erwähnten so deutlichen psychogenen Ätiologie und ihrer Beeinflußbarkeit, eine große Ähnlichkeit mit der der epileptischen auf. Es handelt sich meist um transitorische, kritisch schließende, mit Amnesie einhergehende Zustandsbilder recht polymorpher Art.

In den einfachsten Formen schließt sich ähnlich wie bei der Epilepsie der konvulsiven Attacke ein somnolenter Zustand an; in einigen Fällen erlangt dieses Phänomen eine gewisse Selbständigkeit („Schlafanfall"), die Kranken schließen plötzlich die Augen unter Relaxation der gesamten willkürlichen Muskulatur, die Atmung wird vertieft und langsamer. Dieser Zustand kann sogar wochenlang anhalten. Derlei Schlafanfälle tragen nun in anderen Fällen auch aktivere Züge an sich; die Kranken „schlafen" nicht einfach, sondern vollführen in diesem Zustande mehr minder komplizierte Handlungen, sie monologisieren z. B. laut, gehen mit geschlossenen Augen umher, begehen allerlei gelegentlich kriminelle Handlungen (hysterischer Somnambulismus). Das Phänomen der Flexibilitas cerea wird dabei gar nicht selten beobachtet, wie es ja auch in der Hypnose hervorgerufen werden kann. Das Bulbusdruckphänomen sah ich bis jetzt bei diesen hysterischen Schlafanfällen ebensowenig, wie beim hysterischen Stupor.

Diese Zustände, bei denen es sich also nicht um eine einfache Leere des Bewußtseins, sondern um ein reges, wenn auch pathologisch gestörtes Bewußtsein handelt, vermitteln den Übergang zu den deliranten Verworrenheitszuständen der Hysterie. Der Inhalt derselben hat manchmal große Ähnlichkeit mit dem der epileptischen

Delirien, bewegt sich in übersinnlichen, religiösen Vorstellungen, geht mit visionär-ekstatischem Gebaren einher. Halluzinationen von der Mutter Gottes, vom Himmel oder vom Teufel, Tod, Gespenstern usw. treten auf, zuweilen von besonderer sexueller Färbung (Succubi und Incubi der alten Autoren; ein großer Teil der alten Dämonomanie, des Hexen- und Teufelswesens gehörte in dieses Kapitel, manche Fälle aber, wie schon seinerzeit erwähnt, zur Melancholia cum delirio). — Bei den Koitushalluzinationen der Hysterie mangeln oft, analog den paranoischen, eigentliche Wollustempfindungen, es wird vielmehr häufig über unangenehme, ja schmerzhafte Sensationen geklagt. Sehr oft kehrt in dem Inhalte des deliranten Verworrenheitszustandes bei jedem einzelnen Anfalle eine ganz bestimmte tatsächliche Situation aus der früheren Lebensgeschichte der Kranken wieder, z. B. gerade das Ereignis, welches seinerzeit auslösend für die Hysterie selbst gewirkt hatte (ein Notzuchtsattentat oder ein anderes sexuelles Trauma u. dgl.). Eine unserer Kranken hatte in ihren Delirien es stets mit ihrem einstigen Liebhaber zu tun, der sie infiziert und treulos verlassen hatte. Oder es sind andere schreckliche beängstigende Situationen; eine Kranke phantasierte mit angstverzerrten Gesichtszügen von „Mördern", Soldaten von Schlachtenszenen, ahmen mit dem Munde das Schießen nach oder Kommandorufe, nehmen Fechterposen ein usw.; manchmal werden ganze Lebensabschnitte aus der Kindheit oder der Jugend usw. reproduziert und gewissermaßen wieder erlebt (délire ecmnésique). In anderen Fällen wieder berichten die Kranken bei äußerlich geordnetem Gebaren und anscheinender Orientiertheit über irgend welche delirante Erlebnisse, bringen Selbstanklagen vor, die sie mit den detailliertesten Einzelheiten ausstatten. Dabei läßt sich in manchen Fällen erkennen, daß es sich um eine Art „Wunscherfüllung" handelt. Ein im Wachbewußtsein lange Zeit sehnlichst gehegter, wenn auch vielleicht vor dem eigenen Ich selbst nicht eingestandener krimineller Wunsch, „wäre der doch tot", „Könnte ich nur den mir aus dem Wege räumen" od. dgl., gewinnt im hysterischen Delirium die Form der vollzogenen Tatsache; die Kranken wähnen, den oder die Betreffende wirklich umgebracht zu haben.

Ähnlich den periodischen „Verstimmungen" der Epilepsie finden sich ferner recht häufig plötzliche Aufregungszustände mit blindwütender Aggressivität, unflätigen Schimpfreden, Zerstörungssucht, die gerade wegen ihres episodenhaften Auftretens, ihrer Maßlosigkeit und ihres raschen Abklingens sich deutlich als „Ausnahmszustand" von der gewöhnlichen hysterischen oben skizzierten Charaktereigentümlichkeit unterscheiden, die aber anderseits doch immer an irgend ein Ereignis, an äußere Momente anknüpfen (zum Unterschiede von dem primären Entstehen der epileptischen Stimmungsschwankungen), vor.

allem ob ihrer Beeinflußbarkeit, ihres theatralischen Pathos usw. sich als hysterisch erkennen lassen.

Sehr häufig beobachtet man den epileptischen ähnliche „Fugue"-Zustände.

In anderen Fällen trägt der Dämmerzustand ganz den Typus des Stupors mit Katalepsie und Mutacismus oder den einer schweren tobsüchtigen Verworrenheit. Sinnloses Schreien, Psalmodieren, rastlose Jaktationen, Grimassieren usw. beherrschen das Krankheitsbild. Wieder in anderen Fällen repräsentiert sich der Dämmerzustand unter dem Bilde des schon seinerzeit beschriebenen katatonischen „Vorbeiredens", d. h. auf Fragen auch einfachster Art erfolgen ganz schreiend verkehrte, outriert falsche Antworten, welche bei all ihrer Maßlosigkeit und Unsinnigkeit aber genau erkennen lassen, daß der Sinn der Frage von den Kranken wohl verstanden wurde. Es ist nicht zusammenhangloser Unsinn ohne Beziehung zum Gegenstande der Frage, sondern es ist „Methode" in der Art und Weise, wie die Kranken langsamer, gleichsam sich besinnend, oder blitzschnell, häufig mit eigentümlich kindisch tuendem Gebaren, die verkehrtesten Antworten produzieren. Dieses „Vorbeireden" sieht daher wie absichtlich gemacht aus, wie bewußte anscheinend recht durchsichtige Simulation. Beispiel: Wie alt sind Sie? „83" (richtig 38). Wann geboren? „1869" (richtig). Welches Jahr haben wir jetzt? „19.999." Wissen Sie, wo Sie sind? „In Wien" (richtig). In welchem Lande liegt Wien? „In China". Wie heißt der Kaiser von Österreich? „Bin ich selbst" usw.

In allen diesen Fällen handelt es sich um mehr minder starke Bewußtseinstrübungen. Nicht selten besteht während der Dauer totale Analgesie. Häufig hinterlassen derlei Zustände auch vollständige Amnesie, welche, wie bei den epileptischen Psychosen, auch retrograd sein kann, in der also z. B. gerade jenes Ereignis miteinbezogen ist, das seinerseits als unmittelbar den Anfall auslösend gewirkt hatte. Die hysterischen Amnesien sind auch häufig eigenartig elektiv, betreffen z. B. nur ganz bestimmte affektbetonte Ereignisse. In der Hypnose kann oft die Erinnerung für Einzelheiten des Dämmerzustandes geweckt werden, für welche im Wachbewußtsein Amnesie besteht. Bei einem und demselben Falle bieten nicht selten die einzelnen Anfälle in ausgezeichneter Weise die mehrfach erwähnte „photographische Treue".

Abgesehen davon werden noch andere psychopathische Symptome beobachtet, z. B. gewisse monotone, meist optische Halluzinationen, die von den Kranken bei vollständig klarem Bewußtsein und äußerlich durchaus geordnetem Gedankengange angegeben werden.

Zu forensischen Komplikationen führt besonders häufig die eigen-

artige hysterische Charakterbeschaffenheit, aber auch eine der hysterischen Psychosen s. str.

Die Hysterischen werden kriminell durch böswillige raffinierte Verleumdung, Schimpfreden, Vitriolattentate, Giftmord, Hochstapelei, Diebstahl („Ladendiebinnen"), boshafte Beschädigung, Brandstiftung, Tötung kleiner Kinder usw. Typisch für Hysterische sind unter den falschen Anschuldigungen Anzeigen, ein Notzuchtsattentat betreffend, welche mit allen Einzelheiten vorgebracht werden, oft unterstützt durch Selbstknebelung und Selbstbeschädigung der hysterischen Denunziantinnen. Ebenso typisch sind Betrugs- und andere Eigentumsdelikte, um einer religiösen oder humanitären Stiftung das unredlich erworbene Geld zuzuwenden. Harmloser sind diejenigen hysterischen Simulanten, welche zur Gruppe der sogenannten „Spitalsbrüder" ein großes Kontingent stellen, arbeitsscheue Individuen, denen der hysterische Charakter (Krankheitswille) das Simulieren der verschiedenartigsten körperlichen und seelischen Leiden besonders erleichtert. Krankheit, Simulation und Übertreibung fließen auch hier untrennbar zusammen.

Die hysterischen Geistesstörungen s. str. lassen sich nicht selten durch äußere Eingriffe in überraschender Weise kupieren, gerade so plötzlich, wie sie auf äußere Einwirkungen hin zustande kommen. Energische faradische Pinselung z. B., eine Apomorphininjektion u. dgl. kann meist prompt den Dämmerzustand zum Schwinden bringen. Andere Fälle wieder erweisen sich gegenüber äußeren Reizen irgend welcher Art durchaus refraktär, wenn übermächtige Autosuggestionen wirksam sind, oder besondere, den Krankheitswillen bedeutend steigernde Umstände.

Die Prognose der einzelnen Anfälle hysterischer Geistesstörung ist absolut günstig zu stellen, ebenso günstig ist die Prognose der Hysterie quoad intellectum. Eine zunehmende intellektuelle Abschwächung, ja Verblödung, wie bei den epileptischen Psychosen, gehört nicht zum Wesen der Hysterie; wo sich intellektuelle Defekte nachweisen lassen, handelt es sich um originär Schwachsinnige, die nebenbei hysterisch sind. Anderseits muß die Prognose der hysterischen Charakteranlage, des Grundleidens, als viel ungünstiger dargestellt werden, wenngleich sich auch hier weitgehende Besserungen erzielen lassen, die eigenartige hysterische Veranlagung mehr minder lange Zeit vollständig latent bleiben kann. Eine wesentlich bessere Prognose quoad Dauerheilung gibt die Hysterie der Kinder und viele der traumatischen Hysterien.

Die einzelnen Symptome, seien sie rein nervöser Natur (Lähmungen, Kontrakturen usw.) oder psychotisch, können sowohl spontan ebenso rasch schwinden, wie sie gekommen, als sie auch therapeutischen Maßnahmen gegenüber besonders zugänglich sind, und

zwar dies in desto höherem Maße, eine je mächtigere suggestive Kraft denselben innewohnt. In erster Linie steht hier die hypnotische Suggestion, aber auch zielbewußte planmäßige Wachsuggestion kann überraschende Erfolge nach sich ziehen. Man kann ruhig sagen, daß überhaupt jedes Mittel wirksam sein kann, sofern es nur dem betreffenden Kranken einen besonderen „Respekt", ein besonderes Vertrauen einflößt oder Bedingungen schafft, welche, dem hysterischen Krankheitswillen gegenüber, ein Gesundwerden dem Kranken, halb bewußt, halb unbewußt, vorteilhafter erscheinen läßt. Daher erklären sich die vielen „Wunderkuren". Behandlung mit Elektrizität ist gleichfalls sehr zu empfehlen, wobei es auf das Quomodo der Anwendung (faradisch oder galvanisch usw.) herzlich wenig ankommt. Hysterische Anästhesien werden speziell auf faradische Pinselung hin prompt zum Schwinden gebracht.

Neben dieser suggestiven, vorzugsweise gegen die einzelnen Symptome gerichteten Therapie ist eine Bekämpfung des Grundleidens eine wichtige, leider viel schwieriger zu erfüllende Indikation. Allgemein roborierende Diät (Mastkur), Fernhaltung von Nervenschädlichkeiten (Alkohol), vernünftige Lebensweise (mäßiger Sport), Psychotherapie, Beschäftigung, eventuell Versetzung in andere Lebensverhältnisse (Reise usw.) kommen hier in Betracht. Oft wird man zu einem Sanatoriumsaufenthalt raten müssen, was indessen ein recht zweischneidiges Mittel genannt werden muß. Vielfach von glänzendem Erfolge begleitet, wirkt manchmal der Sanatoriumsaufenthalt geradezu unterstützend im Sinne des eigenartigen hysterischen Krankheitswillens, vermag zuweilen die Individuen gänzlich der sozialen Lebensmöglichkeit zu entfremden. Manche Hysterische werden in den einzelnen Anstalten jedesmal sofort geheilt, um, in das alte Milieu zurückversetzt (Beruf, Haushalt), ebenso schnell wieder zu erkranken. Ja, man kann auch sehen, wie noch im Sanatorium selbst der höchst befriedigende objektive und subjektive Befund plötzlich einem schweren Rückfalle Platz macht, sobald der Tag der Entlassung heranrückt. Speziell bei der Behandlung der kindlichen Hysterie ist Entfernung aus der bisherigen Umgebung meist eine conditio sine qua non, oft schon an sich von ausgezeichnetem Erfolge begleitet. Ein planmäßiges Ignorieren hysterischer Beschwerden, in der Behandlung der Kinderhysterie zumeist von größtem Werte, kann in geeigneten Fällen auch bei der Hysterie der Erwachsenen recht sehr empfohlen werden.

Von medikamentösen Mitteln wird man oft, ut aliquid fieri videatur, nicht absehen können; Lezithin, Fellows Syrupus hypophosphites und Hells Syrupus compositus haben sich recht bewährt, wobei allerdings die Möglichkeit einer rein suggestiven Wirkung dahingestellt bleiben möge. Die altbewährte Asa foetida und Tinc-

tura valeriana (letztere in der modernen Form der Valylkapseln, Validoltabletten usw.) seien hier auch erwähnt. Als kontraindiziert müssen die Narkotika (speziell Morphium) erachtet werden. (Gefahr, eine vordem latente „Sucht“ — vide dieses Kapitel — manifest werden zu lassen.)

Bei der allgemeinen Behandlung der Hysterie dürfen selbstverständlich gewisse somatische Faktoren nicht übersehen werden, welche eventuell als ständig irritierende Schädlichkeiten auf das Nervensystem einwirken. Die Behandlung eines hartnäckigen Frauenleidens z. B., das die Patienten körperlich und seelisch in gleicher Weise elend macht, muß gewiß vollständig rationell genannt werden und wird auf die Hebung des Allgemeinzustandes von gutem Einfluß sein. Anderseits hüte man sich hier aber vor einer Polypragmasie.

**Die Versuche, die Hysterie überhaupt promiscue durch Exstirpation anscheinend gesunder Ovarien heilen zu wollen, müssen wohl als aus einer gründlichen Verkennung des Wesens der Hysterie hervorgegangen beurteilt werden. Ich selbst habe mehrere solcher kastrierter Opfer gekannt; zwei davon endeten bald nach dem Eingriffe durch Suizid, die anderen behielten ihre Hysterie (schwere Anfälle usw.) unverändert fort, boten das Bild des Senium praecox und trugen außerdem alle die Beschwerden davon, welche von der vorzeitigen künstlichen Menopause bekannt sind.**

Was die Ätiologie betrifft, so findet sich in der überwiegenden Mehrheit erbliche Belastung, stellt ja die hysterische Charakterbeschaffenheit zumeist nur eine Teilerscheinung einer allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit dar. Nur ausnahmsweise (der Krieg brachte uns derlei Beispiele reichlicher) kommt es bei einem nervös und ethisch vollwertigen Individuum vorübergehend zu hysterischen Symptomen und hysterischen Psychosen, welche dann bezüglich Dauerheilung eine wesentlich günstigere Prognose geben. In der Zivilbevölkerung prävaliert das weibliche Geschlecht, wenngleich auch männliche Hysterien durchaus nicht selten sind (etwa ein Drittel). Die Hysterie tritt am häufigsten in den Jahren der vollendeten Geschlechtsreife auf, aber auch bei Kindern werden genug typische Fälle beobachtet.

Als determinierende Ursachen müssen in allen Fällen psychische Noxen angenommen werden, welche auch meistens namhaft gemacht werden können; nicht selten kann der erste Anfall oder die erste Psychose direkt auf eine bestimmte akut oder länger einwirkende seelische Schädlichkeit, eine Gelegenheitsursache zurückgeführt werden, die eine heftige seelische Erschütterung bedingte (plötzlicher intensiver Schreck, schwere Krankheit oder Todesfall einer geliebten Person, besonders häufig sexuelle Traumen, ein Notzuchtsattentat u. dgl.) oder auf eine unmittelbar bevorstehende peinliche oder be-

drohliche Situation usw. Daß bei hysterisch Veranlagten ein Rausch einen Dämmerzustand auszulösen vermag, wurde schon früher erwähnt.

Eine besondere Bedeutung erlangte gerade in der Gegenwart durch den Ausbau des Unfallversicherungswesens das Trauma an sich für das Entstehen hysterischer Krankheitsformen (traumatische Hysterie); während früher in vereinzelten Fällen nur der Schreck, die Schmerzen u. dgl. als unmittelbare Unfallsfolgen ätiologisch wirksam waren, gesellte sich mehr und mehr dem hinzu der den eigenartigen hysterischen „Krankheitswillen" begünstigende, steigernde und die hysterischen Symptome fixierende Kampf um die Rente. („Begehrungs-" oder „Rentenneurose".)

Entsprechend der degenerativen Veranlagung, welche den meisten Fällen zu grunde liegt, ist die Hysterie nicht selten kombiniert mit anderen Psychosen und Neurosen, speziell mit dem zirkulären Irresein; sie findet sich bei vielen Fällen der psychopathischen Minderwertigkeit (Zwangsvorstellungen, impulsives Irresein, Psychopathia sexualis), beim moralischen Schwachsinn usw.

Vereinzelt lassen sich übrigens „hysterische", d. h. nicht anatomisch bedingte, sondern funktionelle, psychogen durch Auto- oder Fremdsuggestion erzeugte transitorische Störungen bei den verschiedensten Psychosen gelegentlich beobachten, ohne in deren Symptomatologie eine besondere Rolle zu spielen, bei Paralytikern, bei der Paranoia, beim arteriosklerotischen Blödsinn, bei Hirngeschwülsten usw. Daß sie gerade bei der Schizophrenie, namentlich in den Anfangsstadien, recht häufig sind, wurde schon erwähnt.

## Anhang zu Kapitel XIV.

## Die sogenannten „Kriegspsychosen".

Eine Kriegspsychose in dem Sinne etwa, daß bei Kriegsteilnehmern eine ätiologisch und symptomatisch spezifische Form von Geistesstörung vorkomme, die wir sonst nirgends sehen, gibt es nicht.

Der Krieg lehrte uns keine neuen Krankheitsbilder kennen; wohl aber weist die relative Frequenz einzelner Krankheitstypen und bestimmter Krankheitssymptome bei Kriegsteilnehmern gewisse Verschiedenheiten auf gegenüber den Erfahrungen aus der Friedenspraxis. So wurde beispielsweise schon erwähnt, daß die akuten paranoiden Angstpsychosen und die amentiaartigen Bilder relativ häufiger zur Beobachtung gelangten, daß bei letzteren häufiger katatone Symptome auftraten, daß arteriosklerotische Geistesstörungen schon in auffallend frühen Lebensjahren sich entwickelten usw. Die Zahl der echten traumatischen Epilepsien und damit der traumatisch-epileptischen Psychosen erfuhr naturgemäß eine Steigerung im Vergleiche zum Materiale einer Irrenanstalt. Daß die Kriegsstrapazen auf Ausbruch und Verlauf der Paralyse einen erkennbaren Einfluß nicht ausübten, wurde gleichfalls schon gesagt. Die Frequenz der Alkoholpsychosen, zu Kriegsbeginn recht ansehnlich, sank in höchst erfreulicher Weise mit jedem Kriegsjahre mehr. Es ist selbstverständlich, daß die Zahl der Schizophrenen, entsprechend dem jugendlichen Alter der meisten Frontkämpfer, als besonders groß imponiert, ohne daß übrigens die Fälle klinisch-symptomatologisch sich irgendwie von den Kranken unserer Kliniken und Anstalten unterscheiden würden.

**Ein sehr großes Kontingent stellten die verschiedenen Erscheinungsformen der hysterischen Psychosen. Gerade diese sind es ja auch, welche ob ihrer besonders theatralischen „kriegerischen" Färbung in den Augen der Laien, aber auch mancher Nichtfachärzte, als die „Kriegspsychosen" κατ' ἐξοχην angesehen wurden, und diese mögen im folgenden noch eine gesonderte kurze Erörterung finden.**

In symptomatischer Hinsicht gelangen alle die bereits im vorhergegangenen Kapitel geschilderten Formen zur Beobachtung, also der Gansersche Symptomenkomplex, die verschiedenen Fuguezustände, die Selbstbezichtigungen, die hysterisch-alkoholischen pathologischen Rauschzustände mit ihren sinnlosen Erregungszuständen, der hysterische Stupor (besonders häufig) und die deliranten Verworrenheitszustände. Letztere spiegeln in ungemein plastisch-theatralischer Art Kriegserlebnisse wieder, die Kranken phantasieren von feindlichen Überfällen, Fliegerangriffen, Trommelfeuer, Sturmangriffen, wobei sie in höchst aktiver Weise mit agieren; sie imitieren, wie schon erwähnt, mit dem Munde das Schießen usw. usw.

Bald lernte man nun einige bemerkenswerte Einzelheiten kennen. Gerade im Felde selbst waren diese Psychosen nicht eben besonders zahlreich. Nahezu vollständig werden sie vermißt bei den Tausenden und Abertausenden von Kriegsgefangenen. Dagegen traten derlei Zustände häufig auf bei Frontkämpfern, die aus irgend welchen Gründen schon einige Zeit im Hinterlande geweilt hatten, bei Kranken, Verwundeten wie bei Gesunden; sie traten auf besonders oft z. B. gerade in dem Augenblicke, da die Wiedereinrückung zur Front hätte erfolgen sollen, sei es, daß die Spitalsentlassung bevorstand, sei es, daß der Urlaub zu Ende war. Man sah aber genau dieselben Bilder auch bei Soldaten, welche überhaupt noch nie im Feuer gewesen waren, bei frisch eingerückten Rekruten sowohl wie bei länger Dienenden, die bisher nur im Hinterlande Verwendung gefunden hatten und die nun felddiensttauglich befunden worden waren. Es sind ferner gewisse Differenzen je nach der Rassenzugehörigkeit nicht zu verkennen. Immerhin recht selten bei den Ungarn, den Kroaten und den Deutschen (abgesehen vielleicht von der Großstadtbevölkerung), wurde dergleichen besonders häufig gesehen bei den Tschechen, Ruthenen, Juden u. a. Auch hinsichtlich der Prognose herrschten große Verschiedenheiten, wobei u. a. auch die eben erwähnten Rassenverschiedenheiten eine unleugbare Rolle spielten. Im Felde selbst kamen die meisten dieser Fälle nach wenigen Tagen schon durch einfache Ruhe oder auf beliebige Suggestivmaßnahmen hin zur restlosen Dauerheilung. Im Hinterlande dagegen sah man oft protrahierten Verlauf, eigentümliches Refraktärbleiben der Therapie gegenüber, rasche Rezidiven nach anfänglichen Heilerfolgen.

All das beleuchtet so recht den Einfluß psychischer, den hyste-

rischen Krankheitswillen unterstützender und fixierender Faktoren. Löste bei den Frontkämpfern das „Kriegstrauma" im engeren und weiteren Sinne die hysterische Psychose unmittelbar aus, so kam dies ja bei jenen Soldaten, die erst hinterher, im Hinterlande erkrankten, kaum, bei denjenigen, welche überhaupt nie Pulver gerochen hatten, überhaupt nicht in Betracht. Der „timor belli", die Furcht, Schreckliches erleben, beziehungsweise wieder durchmachen zu müssen, ist das wesentliche, für den hysterischen Krankheitswillen maßgebende Moment. „Begehrungsvorstellungen" im Sinne der Rentenneurose dürften wohl nur bei einem geringeren Teile in die Wagschale fallen. Daß längerer Aufenthalt im bequemen Hinterlande, vielleicht hie und da ungewollte Krankheitssuggestion seitens fachunkundiger Ärzte, übel angebrachtes, allzu aufdringliches Bemitleiden und Bewundern seitens der Umgebung oder endlich andere hier nicht weiter zu erörternde äußere Faktoren diesen hysterischen Krankheitswillen ganz bedeutend zu steigern und zu fixieren geeignet waren, liegt auf der Hand*).

Prognostische Gesichtspunkte ergeben sich aus obigen Auseinandersetzungen von selbst, ebenso die therapeutischen Maßnahmen. Als dringliche Forderung erhebt sich die nach möglichst frühzeitiger Behandlung durch spezialistisch geschulte Ärzte in eigenen Heilanstalten unmittelbar hinter der Front; ein Abtransport ins Hinterland soll gerade bei derartigen Zuständen möglichst vermieden werden.

---

*) All das Gesagte gilt mutatis mutandis auch von dem Gros der hysterischen Kriegsneurosen, von den „Zitterern", der Astasie trépidante, den Tics, Lähmungen, Kontrakturen, Stotterern usw. usw.

Bezüglich zahlreicher Punkte der Hysteriefrage sei auf die Lehrbücher der Neurologie verwiesen.

# VII. Die angeborenen Defektzustände.

Es handelt sich durchwegs um Entwicklungsstörungen, um ein Ausbleiben der psychischen Entwicklung, wobei nun in quantitativer und qualitativer Hinsicht die allergrößten Verschiedenheiten vorkommen können. Derartige Zustände lassen sich überhaupt nicht scharf abgrenzen, weder untereinander, noch gegenüber dem normalen Seelenleben. Von den schwersten, überhaupt nicht lebensfähigen, daher klinisch bedeutungslosen Mißbildungen ziehen sich fließende Übergänge durch Formen tiefstehender tierähnlicher Idiotie und einfachen Schwachsinnes hindurch bis in das breite Grenzgebiet der — sit venia verbo — „physiologischen“ Dummheit, zu dem Intelligenzgrade des Durchschnitts-Banausentums (ja diese Skala menschlichen Intellekts läßt sich anderseits ohne jegliche scharfe Grenze weiter hinauf verfolgen durch alle möglichen Grade von Begabung und Talent bis zu den exzeptionellen Höhen des Genies).

Die Bezeichnung „angeboren“ trifft, streng genommen, nur für einen Teil aller der hier in Betracht kommenden Fälle zu. Viele sind eigentlich auch erworben, nur fällt der Zeitpunkt der Störung in eine Lebensepoche, da das Seelenleben noch nicht vollständig entwickelt ist, daher alle hieher gehörigen Krankheitsbilder ein eigentümliches Gepräge, nämlich eben das eines Defektzustandes einer Entwicklungsstörung annehmen.

XV. KAPITEL.

# DIE IDIOTIE UND IMBEZILLITÄT.

Wenngleich, wie erwähnt, eine scharfe Abgrenzung der einzelnen Bilder nicht möglich ist, unterscheidet man im großen und ganzen doch der Schwere nach folgende Hauptformen, wobei etwa die Fähigkeit, abstrakte Begriffe bilden zu können, das Unterscheidungskriterium sein möge.

Unter abstrakten Begriffen sind hier durchaus nicht höhere Vorstellungskomplexe, wie Tugend, Gesetz, Sittlichkeit usw., verstanden, sondern einfach das Vermögen, von mehreren gleichartigen konkreten Objekten das gemeinsame Gattungsmerkmal usw. herauszufinden.

Der Idiot lernt z. B. seine Eltern mit „Vater" und „Mutter" anzusprechen; allein es ist ihm nicht möglich, einen Einblick zu gewinnen in die Beziehungen zwischen diesem und nur diesem einzigen Menschenpaare und seiner Person, daß fremde Leute auch Vater und Mutter haben, die aber nicht die seinen sind. Der Idiot benennt vielleicht richtig seinen Haushund als solchen, vermag aber nicht die Ähnlichkeiten herauszufinden mit anderen ähnlich gebauten und ähnlich ausschauenden Tieren, daß dieselben auch „Hunde" seien usw.

## A. Symptomatologie.

### a) Psychische Symptome.

#### α) Idiotie.

Die schwersten Formen verraten ihre Defektuosität schon dadurch, daß gewisse früheste Reflexe nicht oder bedeutend verspätet hervortreten. Die kleinen Wesen saugen nicht oder nur schlecht, sie schlafen auffallend viel, schreien und bewegen sich wenig; so manche „sehr brave" Säuglinge, die ihren Pflegern gar so wenig zu schaffen machen, entpuppen sich später als Idioten; die Kinder fixieren nicht, lassen glänzende Gegenstände, Licht usw. oder andere Sinnesreize unbeachtet, lernen nicht die Mutter oder Amme von fremden Personen unterscheiden (was de norma schon gegen Mitte der Säuglingsperiode der Fall ist). Während beim normalen Kinde durchschnittlich nach dem ersten Lebensjahre die ersten Sprech- und Gehversuche sich zeigen, treten hier diese Fähigkeiten enorm verspätet auf, das Sprechvermögen speziell kann überhaupt ganz aus-

bleiben. Man unterscheidet demnach auch sprechfähige und nicht sprechfähige Idioten.*)

Sobald das Kind über die Säuglingsperiode hinaus ist, gelegentlich schon früher, zeigt sich nun eine gewisse Differenzierung der einzelnen Formen, gemäß deren man zwei Haupttypen unterscheiden kann, die erethische (versatile) und apathische oder torpide Form.

Die erethischen Formen sind in steter Bewegung; sie sind zerstörungssüchtig, reizbar, boshaft, springen umher, kreischen, schwatzen unausgesetzt. Sehr häufig beobachtet man eine eigentümliche Bewegungsstereotypie (wie bei den Katatonikern), gewisse ticartige, immerwährend wiederholte motorische Akte, ein rhythmisches Wiegen mit dem Oberkörper, ein Schnalzen, Pfeifen. Sie schlagen in regelmäßigem Takte mit der Faust auf den Tisch, klatschen in die Hände, stoßen durchdringende gelle Schreie aus usw. Bemerkenswert ist in manchen Fällen ein hartnäckiger Selbstbeschädigungstrieb, derart, daß, namentlich wenn die Kranken über irgend etwas in Zorn geraten, sie in blinder Heftigkeit gegen sich selbst wüten, sich selbst ohrfeigen, in die Finger beißen, sich zerkratzen usw. Bei weiblichen Idioten haben derlei Erregungszustände nicht selten menstruellen Typus.

Wenn es zu sprachlichen Äußerungen gekommen ist, beschränken sich dieselben häufig auf monotones Verbigerieren einiger weniger Vokabel, oder es werden nur allerlei unartikulierte Naturlaute unausgesetzt geplappert: „oda, da, bu bu“ usw. Nicht selten beobachtet man triebartige Masturbation.

Die apathischen Formen nehmen keine oder wenig Notiz von der Außenwelt; in den schweren Formen dämmern die Kranken dahin, wie die Pflanzen ein rein vegetatives Leben führend, müssen dauernd betreut werden, sind unfähig, auch nur für die elementarsten körperlichen Bedürfnisse zu sorgen. In leichteren Graden lassen sie sich zu allerlei Fertigkeiten abrichten, doch mangelt ihnen jegliche Initiative. Sie können stundenlang mit leerem Gesichtsausdrucke auf einem und demselben Flecke sitzen bleiben ohne Bedürfnis nach Lokomotion, nach irgend einer Beschäftigung. Sie lernen aber bekannte und fremde Personen unterscheiden, verraten Freude beim Anblicke gewisser Personen, Angst bei Annäherung Fremder.

Die sprachlichen Äußerungen bleiben auch hier oft ganz aus; es kommt nur zu einem unartikulierten Grunzen, Heulen oder Brummen. In anderen Fällen wird die Kenntnis einiger Vokabel erworben. Zu-

*) In jedem Falle von verspäteter oder mangelnder Sprachentwicklung darf übrigens eine genaue Prüfung des Hörvermögens niemals verabsäumt werden, da dieser Zustand ebensowohl Symptom der Idiotie wie der davon absolut wesensverschiedenen Taubstummheit sein kann.

meist bleibt es, wenn der Idiot schon über einen gewissen Sprachschatz verfügt, bei Agrammatismus (die Kranken sprechen in Infinitiven, sprechen von sich selbst in der dritten Person).

Davon nun führen fließende Übergänge zur

### β) Imbezillität (Schwachsinn).

Das Sprechvermögen ist hier überall vorhanden, wenn auch häufig mangelhaft (Stottern, Lallen, Sigmatismus [Anstoßen beim Aussprechen des S und Sch], Rotazismus [Verwechslung von R und L] usw.).

Die Kranken sind schon in höherem Maße bildungsfähig, nicht nur in dem Sinne, daß sie zu verschiedenen Fertigkeiten herangezogen werden können, sondern sie vermögen sich auch einige der sogenannten „Schulkenntnisse" anzueignen. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind in vereinzelten Fällen sogar ausgezeichnet entwickelt. Erwähnenswert ist, daß sogar gelegentlich gewisse isolierte Fähigkeiten im Gegensatze zum allgemeinen Schwachsinne des betreffenden Individuums weit über das Durchschnittsmaß entwickelt sein können. Manche der musikalischen „Wunderkinder" oder Rechenkünstler gehören hieher. Während aber die rein mechanische Gedächtnisleistung keine gröberen Störungen aufzuweisen braucht, offenbart sich sofort die intellektuelle Defektuosität, sobald es sich darum handelt, mit dem vorhandenen Vorstellungsmaterial selbständig zu operieren, Schlüsse und Urteile daraus zu ziehen, die erworbenen Kenntnisse in veränderten Situationen zu verwerten, sie veränderten äußeren Bedingungen anzupassen. Die einzelnen Vorstellungen, und mögen sie noch so reichhaltig und vielfach sein, bleiben beim Schwachsinnigen isoliert stehen; es mangelt jegliche assoziative Verknüpfung, sie werden gewissermaßen nicht „verdaut", nicht assimiliert. Der Schwachsinnige weiß nur das, *was* er gelernt hat, und so, *wie* er es gelernt hat; er versagt vollständig, sobald er vor irgend einer Aufgabe oder einer Situation steht, die nicht schon bis auf die allerminutiösesten Einzelheiten vorgesehen worden war in dem, was er bisher gelernt und gesehen. Ein Schwachsinniger hat es z. B. gelernt, nach einem Muster Körbe zu flechten von bestimmter Form und Dimension, vollführt diese Arbeit vielleicht schon recht flink und tadellos; sobald er aber vor die Aufgabe gestellt wird, etwa statt eines kreisrunden einen ovalen Boden anfertigen zu sollen oder irgend eine ähnliche belanglose Änderung vorzunehmen, versagen seine Kenntnisse vollständig. Ganz dasselbe ist der Fall, wenn der Imbezille in eine Situation versetzt wird, für welche in seinen bisherigen Kenntnissen („Lebensregeln", angelernte Moralbegriffe usw.) nicht vorgesehen ist. Diese Individuen „lernen" gewissermaßen „das Leben auswendig". Sie stehen voll-

ständig ratlos da und greifen zu den verkehrtesten Mitteln, sobald sie äußeren Verhältnissen gegenüberstehen, die in irgend einer Weise abweichen von ihrem bisherigen Vorstellungsschatze.

Man würde sehr häufig über den wahren Grad des vorhandenen Schwachsinns getäuscht werden, wenn sich das Examen nur auf die Prüfung der sogenannten erworbenen Kenntnisse („Schulbildung") beschränken wollte. „Erlernen" läßt sich ja erstaunlich viel, nicht bloß aus Schulbüchern und dem „Meyer", sondern auch, was gesellschaftlichen Schliff, Umgangsformen usw. anbelangt. Einer meiner Kranken hatte Untergymnasium und eine Militärschule absolviert, war als Leutnant ausgemustert worden, und erst gelegentlich einer psychiatrischen Expertise — Patient war kriminell geworden — stellte sich ein ganz beträchtliches Maß von Schwachsinn heraus. Bei einer Patientin, der Witwe eines Universitätsprofessors von europäischem Rufe, wurde ein sehr hochgradiger Schwachsinn erst bekannt, als sie in der unglaublichsten Weise von Betrügern ausgebeutet worden und selbst vor den Strafrichter gekommen war. Rechenexempel lösen, Aufzählen der Jahreszahlen von Schlachten, des Geburts- und Todesdatums von Kaisern, Dichtern usw., Nennen der Hauptstädte, Flüsse, Staaten von Europa usw. wird ein Schwachsinniger vielleicht ganz tadellos zuwege bringen, während er bei sogenannten Verstandesfragen in seiner ganzen Defektuosität dasteht. Er weiß z. B., wie der Kaiser von Deutschland und der Präsident von Frankreich hieß, hat aber nicht die geringste Idee von dem Unterschiede zwischen Monarchie und Republik. (Auf die Frage: „Kann jeder Kaiser werden, so wie jeder Präsident werden kann?" antwortete ein Patient: „Kaiser kann man nur werden, wenn man adelig ist"; ein anderer meinte treuherzig, wenn der Kaiserposten gerade frei wäre und nicht gar zu schwer, so möchte er schon halt recht schön darum bitten.) Der Patient zählt vielleicht die einzelnen katholischen Feiertage auf, kennt aber nicht die Bedeutung von Weihnachten, Ostern und Pfingsten („Ostern ist, wenn man die roten Eier kriegt"). Eine Kranke, die Maitresse eines Geldmenschen, welche 5000 Gulden gestohlen hatte, um der Mutter Gottes ein Altarbild schenken zu können, antwortete auf die Frage, was denn eigentlich Sünde sei, „wenn man Freitag Fleisch ißt" usw. Beim Examen lege man also das Hauptgewicht auf Definitionen, Fragen nach den wesentlichen Merkmalen, nach Unterschieden („Bach — Teich, Leiter — Stiege, Irrtum — Lüge" usw.), auf die Fähigkeit, sich in hypothetische Situationen hineinzudenken usw. In vielen Fällen freilich zeigt sich die Imbezillität auch schon in der mangelnden Schulbildung, in dem Mißverhältnisse der vorhandenen Kenntnisse zu dem Alter und dem Bildungsgange des betreffenden Individuums; recht zweckmäßig erweisen sich öfters kleine,

leichtere Rätsel, Fabeln, deren Moral man sich von dem Patienten angeben läßt, Gedichtchen, deren Inhalt in Prosa wiedergegeben werden soll, Gleichungen, z. B. „wenn ich mir eine Zahl denke und drei dazufüge, erhalte ich zwölf". Das schwachsinnige Kind, das 9+3 fix und richtig ausrechnet, versagt vielleicht vor dieser Veränderung der gestellten Aufgabe usw. usw. Gerade dieses Mißverhältnis zwischen nur gedächtnismäßig erworbenen Kenntnissen und verstandesmäßig zu vollziehenden Leistungen ist besonders zu beachten bei der Abgrenzung gegenüber der Simulation. Anscheinend ist ja nichts leichter, als sich recht dumm zu stellen. Allein der Simulant will eben gar nichts wissen, gar nichts kennen, während der Imbezille bereitwillig, oft mit einer gewissen Freude und Stolz das preisgibt, was er eben gelernt hat, Münzen zusammenzählt, Namen des Monarchen nennt usw., das „Vaterunser" hersagt (nachdem er vorher gewissenhaft das Kreuzzeichen schlägt) u. dgl. Erst bei den „Verstandesfragen" versagt er in typischer Weise. Übrigens kommt auch Kombination von Schwachsinn und Simulation, beziehungsweise Übertreibung vor.

Vermöge dieser eigenartigen Unfähigkeit zu einem selbständigen Urteile, zu einer Kritik, sind die Schwachsinnigen ungemein suggestibel und lenkbar zum Guten und zum Schlechten; sie sind die echten „Autoritäts"-Gläubigen. Ihr Tun und Lassen wird bestimmt durch das, was „man" ihnen „halt" gesagt hat. Kritiklos, blind vertrauend auf das Beispiel des Nächsten begehen sie als Schulkinder allerlei törichte Streiche, deren Tragweite sie zu beurteilen absolut nicht in der Lage sind, die ihnen vielleicht nicht einmal momentane Befriedigung verschaffen, bloß weil es „halt der so gesagt" hat. Einer meiner Patienten hatte im Alter von 16 Jahren Unzucht mit seiner 13jährigen Schwester getrieben, ganz ohne libidinöse Absichten und Gefühle, und wußte für sein Delikt nur die charakteristische Motivierung, der Großknecht habe ihm „halt" gesagt, daß die Buben den Mädchen das „Wischerl hineinstecken".

In der großen Gesellschaft sind dies jene Sklaven der Mode oder gewisser Schlagworte; gerade aus der „psychologie de la foule" ließen sich da einige instruktive, naheliegende Beispiele anführen. Hieher gehören die gedankenlosen Anbeter gewisser philosophischer Schulen, der Handelsschüler, der auf Schopenhauer schwört, die höhere Tochter, die für Nietzsche schwärmt usw. „Lebensregeln", Sprichwörter, Gemeinplätze u. dgl. spielen auch in den sprachlichen Äußerungen der Kranken eine große Rolle. Unter entsprechender Erziehung und Anleitung können daher die Schwachsinnigen ganz brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft sein, während sie

umgekehrt wegen ihrer leichten Bestimmbarkeit und Urteilslosigkeit zu recht gefährlichen Werkzeugen in verbrecherischen Händen werden können.

Wichtig ist ferner folgendes: Das Affektleben der Schwachsinnigen ist ein recht intensives, und besonders fällt die Maßlosigkeit der Affekte auf und das Mißverhältnis zwischen denselben und der äußeren Veranlassungsursache. Es gilt dies sogar auch für die apathischen Formen. Im allgemeinen freilich werden die versatilen Typen häufiger und leichter kriminell. Eine meiner Kranken, welche von ihrer Dienstgeberin geschlagen worden war, steckte deren Haus in Brand; eine andere, die sich mit ihrer Schwiegermutter zerstritten hatte, wollte dieselbe einfach aus dem Leben schaffen und ging darum — in übrigens recht charakteristischer Weise — einen ihr ganz fremden Dienstmann an, gegen ein Trinkgeld die alte Dame umzubringen. Ein anderer Fall betraf einen Soldaten, der seinen Korporal und einen Kameraden, von denen er gehänselt worden war, während einer Nacht mit seinem Bajonette erstochen hatte und der sich nach geschehener Tat seelenruhig wieder schlafen legte; ein Kranker warf mit dem Messer nach seiner Schwester, die ihn verspottet hatte usw.

Die Imbezillen werden aber auch leicht kriminell wegen ihrer eigentümlichen geistigen Kurzsichtigkeit und Ratlosigkeit schwierigen Situationen gegenüber. Sobald sich der Schwachsinnige nicht zu helfen weiß, greift er nach dem erstbesten Mittel, das ihm eine momentane Befreiung aus seiner augenblicklich peinlichen Lage zu verheißen scheint, unbekümmert um die weiteren Folgen, die er ja nicht voraussehen oder beurteilen kann. Ein Schwachsinniger, der seinen epileptischen und gelähmten Bruder über Land führen sollte, warf denselben einfach in einen Bach, als der Transport des Fallsüchtigen wegen einer Krampfattacke auf momentane Schwierigkeiten stieß. Ganz typisch sind z. B. bei schwachsinnigen Soldaten planlose Desertionen, beziehungsweise eigenmächtige Entfernungen. Momentanes Hunger- oder Frostgefühl, ein scharfes Wort seitens eines Vorgesetzten, Heimweh usw. lösen bei Imbezillen, welche im übrigen als willig, fleißig und pflichtgetreu geschildert werden, sozusagen reflektorisch die Straftat aus; sie gehen einfach auf und davon, unbekümmert um die weiteren Folgen, nur das nächstliegende Ziel im Auge, sich der unangenehmen Lage zu entziehen. Treuherzig bejahen sie hinterher die Frage, ob sie gewußt hätten, daß die Desertion unter Strafandrohung verboten sei. Sie besitzen also, wie der Jurist entrüstet feststellt, „die Einsicht in das Strafbare der Handlung“. Hieher gehören ferner die leider nicht so seltenen Fälle, daß Kindermädchen die ihnen anvertrauten Kleinen erwürgen, nur weil ihnen deren

Schreien zu lästig wurde, oder sie sich sonst irgendwie nicht Rates wußten in der Pflege derselben.

Kindesmorde bei schwachsinnigen Gebärenden sind auch sehr häufig; Schmerzen, die Disposition zum Auftreten pathologischer Affekte, die Ratlosigkeit, das triebartige Gefühl, um jeden Preis irgendwie „der Sache ein Ende zu machen" und die Folgen verschwinden zu lassen, beschwören ohneweiters die verhängnisvolle Tat herauf.

Bei Erörterung der forensischen Wichtigkeit des Schwachsinnes ist hier überall nur von der intellektuellen Imbezillität die Rede, nicht von der interessanten Spezialart des Schwachsinns, der später näher zu erörternden sogenannten „Moral insanity".

Die leichteren Fälle des Schwachsinns, für welche auch der Terminus „Debilität" vielfach gebraucht wird, führen nun durch zahllose Nuancen hinüber in das breite „Borderland" der einfachen „Dummheit".

Bei Schwachsinnigen können nicht nur die verschiedenen anderen Formen von Geisteskrankheiten vorkommen (vide „Propfhebephrenie", Kombination mit zirkulärem Irresein, mit Hysterie usw.), sondern auch, namentlich bei Versetzung in ein ganz fremdes Milieu, interkurrente, mehr minder flüchtige ratlos-ängstliche Verworrenheitszustände, welche zweifellos psychogener Art sind, jedoch mit den hysterischen Psychosen im eigentlichen Sinne nichts gemein haben. Wir sahen dergleichen nicht selten bei Rekruten.

Die Diagnose ergibt sich aus dem im vorhergegangenen skizzierten psychischen Befunde, in leichteren Fällen freilich manchmal weniger auf dem Wege eines oder mehrerer Examina, als vielmehr durch die Handlungen, die ganze Lebensführung des Schwachsinnigen, durch die Unmöglichkeit einer selbständigen Lebensführung, beziehungsweise die steten Entgleisungen bei allen diesbezüglichen Versuchen. Zur Unterstützung der Diagnose wird mit Vorteil auch eine möglichst genaue Anamnese heranzuziehen sein, der Nachweis einer der sub C erörterten ätiologischen Faktoren; vor allem trachte man auch, von den Eltern Aufschlüsse zu erlangen über den Zeitpunkt des Eintretens gewisser Funktionen. Das vollsinnige Kind lernt schon in der dritten bis vierten Woche fixieren, Aufrechthalten des Kopfes am Ende des vierten, Greifen nach einem Gegenstande am Ende des fünften Monates, Stehen zwischen dem neunten bis zehnten Monat, Gehen und Sprechen Ende des ersten und Anfang des zweiten Jahres; alle diese Funktionen stellen sich beim imbezillen Kinde mehr minder bedeutend verspätet ein. Aufmerksame Eltern beobachten auch verspäteten Schluß der Schädelfontanellen, auffallend lange anhaltendes Bettnässen. Sehr wertvoll sind auch die Auskünfte von Lehrpersonen;

erfahrene Pädagogen haben meist gerade hinsichtlich der Erkennung des kindlichen Schwachsinnes einen schärferen Blick, als manche psychiatrisch nicht speziell geschulte Hausärzte.

**b) Somatische Symptome.**

Idiotie und Imbezillität seien hier gemeinsam erörtert. Entsprechend der Ätiologie finden sich einmal sehr häufig die verschiedenen körperlichen Degenerationszeichen, insbesondere Schädelanomalien (vide Kap. XVI, A), ferner können im Bereiche des Nervensystems Symptome vorkommen, welche auf die, auch die psychischen Erscheinungen bedingenden zerebralen Prozesse der verschiedensten Pathogenese zurückzuführen sind, also allerlei Halbseitenerscheinungen, spastische Paresen, Pseudobulbärparalysen, Strabismus usw., auch Littlescher Symptomenkomplex wurde zuweilen beobachtet. Nicht selten ist die Kombination mit Epilepsie. Adenoide Vegetationen werden gleichfalls recht häufig beobachtet, Hydrokephalie, Mikrokephalie, Rachitis, Zeichen hereditärer Lues (Hutchinsonsche Zähne, Keratitis parenchymatosa, Sattelnase usw. — Blutuntersuchung auf Wassermannsche Reaktion!) usw.

Eine eigenartige familiär auftretende, fast ausschließlich bei Juden beobachtete Form schwerer Idiotie geht mit Blindheit einher („Amaurotische familiäre Idiotie"; dabei besteht Optikusatrophie und eine eigentümliche Veränderung der Macula lutea, welche sich als roter von einem weißen Hofe umgebener Fleck darstellt). Über die kretinistische Form der Idiotie vide sub „Thyreogenes Irresein".

Einen besonderen Typus weisen die Fälle von sogenanntem „Mongolismus" auf. Schlitzförmige, meist schiefgestellte Lidspalten, Epicanthus, breite flache Nasenwurzel, auffallend dünne Brauen, das Längenwachstum bleibt zumeist zurück, Genitalentwicklung verzögert. Keine (!) myxödematösen Schwellungen. Hartnäckige Obstipation. Intelligenzdefekt gewöhnlich nicht besonders hochgradig. In einigen Fällen aber weist der körperliche Befund nicht die geringsten Anomalien auf.

## B. Pathologische Anatomie.

Makroskopische und histologische Untersuchungen der Idiotenhirne liefern eine ungemein reiche Ausbeute. Hier seien nur einige der wichtigsten Befunde kursorisch aufgezählt. Eine große Gruppe umfaßt schwere pathologische Veränderungen, Porencephalie, Hydrocephalie, Encephalitis (auch E. foetalis), mehr minder ausgedehnte narbige Herde und Zysten nach Embolien, Apoplexien, zirkumskripte und diffuse Sklerosen. In anderen Fällen liegen nicht im eigentlichen Sinne pathologische, als vielmehr teratologische Befunde vor, d. h. Mißbildungen ohne Residuen z. B. entzündlicher Prozesse. Hieher gehören die echte Mikrencephalie (abnorme Kleinheit des Gehirns), Persistieren bestimmter Gehirnpartien auf fötaler Entwicklungsstufe (z. B. Freibleiben der Insula Reilii). mangelhafte Entwicklung der kortikalen Ganglienzellen und Nervenfasern, Windungsanomalien (z. B. „Affenspalte") usw.

Bei der amaurotischen familiären Idiotie sind die Rindenzellen eigentümlich verändert: gigantische Aufblähung des Zellleibes mit Zerfall der Nisslschen Schollen.

Von Schädelmißbildungen kommen vor die verschiedenen synostotischen Difformitäten, wie sie unter den Degenerationszeichen aufgezählt werden sollen, ferner Hydrocephalie, Rachitis. Sehr häufig (aber durchaus nicht immer) findet sich neben der Mikren- auch eine Mikrocephalie, d. h. abnorme Kleinheit des Schädels. Derselbe ist in einzelnen Fällen speziell im Stirnanteile auffallend schwach entwickelt („Vogelmenschen"), nur in den allerseltensten Fällen findet man eine prämature totale Nahtverknöcherung bei der Mikrocephalie, welch erstere aber auch da nicht als primäre Ursache der abnormen Kleinheit des Gehirns, sondern umgekehrt, als sekundär bedingt, aufgefaßt werden muß.

In manchen Fällen hingegen ergab weder die makroskopische noch histologische Untersuchung des Gehirns irgend eine Abweichung von der Norm.

## C. Ätiologie.

Es handelt sich durchgehends um Noxen, welche entweder auf den Keim selbst schädigend einwirkten oder auf das sich entwickelnde Gehirn zu irgend einem Zeitpunkte des intra- oder extrauterinen Leben.

Die hereditär-degenerative Veranlagung gibt wieder einen Hauptfaktor ab, namentlich Alkoholismus in der Aszendenz, hereditäre Lues usw. Gerade bei der Idiotie spielt auch die Konsanguinität an sich, d. h. ohne alle sonstige hereditär belastende Momente, eine wichtige Rolle.

Von Wichtigkeit sind Geburtstraumen der verschiedensten Art (Zangengeburt, Asphyxie), alle möglichen zerebralen Prozesse, welche um so deletärer wirken, in je früherer Zeit der Entwicklung sie auftreten (Encephalitiden usw.), fieberhafte Infektionskrankheiten mit besonders schweren zerebralen Erscheinungen, Schädeltraumen usw.

Nicht außer acht gelassen werden darf die Rolle, welche Gifte spielen in ihren ominösen Folgen auf das besonders vulnerable kindliche Nervensystem (Alkohol, Opiumpräparate, z. B. in Form der berüchtigten Mohnabsude usw.).

## D. Therapie.

Unter Berücksichtigung der Ätiologie und der pathologischen Anatomie ergibt sich von selbst, daß eine medikamentöse Therapie aussichtslos sein muß, abgesehen natürlich von der Thyreoidinbehandlung des Kretinismus und von den Fällen auf luetischer Basis, bei welchen eine spezifische Behandlung versucht werden muß. Der Gedanke, durch einen chirurgischen Eingriff (Trepanation) dem abnorm kleinen Schädelinhalte Raum zur Ausdehnung zu verschaffen, hat glücklicherweise wohl nur mehr historisches Interesse. Auch die gerühmten Erfolge der Operation eventuell vorhandener adenoider

Vegetationen hielten einer Kritik nicht stand. (Die ungemein seltenen Fälle echter Aprosexia nasalis [Herabsetzung der Aufmerksamkeit infolge behinderter Nasenatmung], bei welchen die Adenotomie wirklich indiziert ist, haben mit der Imbezillität nichts zu tun.)

Das Um und Auf der Therapie besteht in Versuchen, die Bildungsfähigkeit nach Möglichkeit auszunutzen; die Behandlung muß eine pädagogische, erzieherische sein, an der Ärzte und fachmännisch gebildete Lehrer in gleichem Maße teilnehmen sollen. Es lassen sich da bei methodischem, zielbewußtem und planmäßigem Unterrichte ganz erstaunliche Resultate erzielen*). Der Unterricht der Idioten, aber auch der Schwachsinnigen erfordert allerdings eigene fachmännische Kenntnisse („Heilpädagogik") und läßt sich meist nur in eigenen Instituten durchführen. Eigene Schulen für Schwachsinnige sind schon aus dem Grunde notwendig, weil ein imbezilles Kind nicht nur den Unterrichtsgang der übrigen aufhalten kann, sondern vor allem, weil das arme, schwachsinnige Geschöpf durch unpassende Behandlung (Schelte seitens der Lehrer, Hänseleien seitens der Kameraden usw.) sehr leicht erbittert, maßlos gereizt und dadurch für die Umgebung recht gefährlich werden kann.

Bezüglich der forensischen Beurteilung muß man sich stets besonders vor Augen halten, daß wir uns hier auf einem Grenzgebiete bewegen, daß daher jeder Fall für sich in vollständig individueller Weise beurteilt werden muß, ob die Bedingungen der Paragraphe über Zurechnungs-, beziehungsweise Handlungsunfähigkeit zutreffen (vergl. die diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen im Anhang B). Die Frage der Zurechnungsfähigkeit sollte bei Straftaten Schwachsinniger auch nicht generell, sondern in Bezug auf das konkrete Delikt beurteilt werden.

*) Bei der Beurteilung der Erfolge darf freilich auch die Möglichkeit einer gewissen spontanen Fortentwicklung nicht außer acht gelassen werden, namentlich bei den leichteren Formen. Gerade wie beim normalen Kinde erfährt auch beim schwachsinnigen der Intellekt mit zunehmendem Alter eine gewisse Entfaltung in qualitativer und quantitativer Hinsicht, ehe er seinen stationären Grad erreicht, und auch ein Debiler denkt und handelt in seinem 16. Lebensjahre natürlich anders, als er dies in seinem 10. Jahre vermochte.

## XVI. KAPITEL.

# DER MORALISCHE SCHWACHSINN.

(„Moral insanity", Verbrechernaturen*), „deliquente nato".)

Um zu einer naturwissenschaftlichen Auffassung der „Moral" zu kommen, müssen wir uns vor Augen halten, daß „Gut" und „Böse" Begriffe sind, gebunden an das Zusammenleben der Menschen in der menschlichen Gesellschaft.

Eine sittliche Lebensführung besteht nun vor allem weniger in positiven Taten als in Unterlassungen, in Unterdrückungen von Handlungen („du sollst nicht stehlen, du sollst nicht töten" usw.). Einer der Hauptfaktoren der Moral beruht also einmal auf einer hemmenden Wirkung des Großhirns, auf der Fähigkeit, Triebe und Handlungen zu unterdrücken, im speziellen Falle, wenn aus denselben dem „Ich" zwar Lustgefühle, Anderen aber Schaden erwachsen.

Eine zweite ungemein wichtige Komponente einer moralischen Lebensführung bilden gewisse Affekte, beziehungsweise die Disposition zu gewissen Affekten. Wir können ganz allgemein dieselben einteilen in egoistische und altruistische, d. h. solche, welche durch Vorgänge in einem „Nicht-Ich" ausgelöst werden, überhaupt nur in bezug auf eine andere Persönlichkeit auftreten. (Mitleid, Scham, Ehrgeiz, Familien-, Bürgersinn usw.). Es kann nicht scharf genug betont werden, daß vom rein intellektualistischen Standpunkte aus die moralischen Eigenschaften unseres Seelenlebens nicht genügend erklärt oder begriffen werden können; affektive Momente spielen hiebei die größte Rolle. Ein ethisches Handeln kann ohne ethisches Empfinden nicht zustande kommen.

Bei der moralischen Idiotie handelt es sich im wesentlichen um ein Fehlen, beziehungsweise eine mangelnde Entwicklung der Hemmungsfähigkeit der Großhirnrinde, um ein Fehlen, beziehungsweise einen Defekt vorwiegend der altruistischen Gefühle bei maßloser Steigerung der egoistischen, endlich aber um eigentümliche Perversionen des Affektlebens derart, daß Situationen, welche de norma Lustgefühle erwecken, bei derartigen Individuen Unlustgefühle auslösen und umgekehrt.

---

*) Zur Lehre von den „Verbrechernaturen" gelangte man nicht nur auf dem Wege psychiatrischer Erkenntnis, sondern auch durch eingehende Studien an Gewohnheitsverbrechern, d. h. durch die Kriminalanthropologie. Die Ergebnisse psychiatrischer und kriminalanthropologischer Forschung brachten wechselseitige Bestätigung und Ergänzung: ihre Objekte waren und sind ein und dieselben Individuen.

## A. Symptomatologie.

Die antisozialen Seiten entpuppen sich in frühester Jugend. Solche Kinder, kaum dem Säuglingsalter entwachsen, fallen auf durch besondere Ungebärdigkeit, Widersetzlichkeit, durch Eigensinn, Mangel an Liebe und Anhänglichkeit den Angehörigen gegenüber. Die kleinen Geschöpfe legen eine ganz eigenartige Grausamkeit und Bosheit an den Tag, Unempfindlichkeit, ja Widerwillen gegen Schmeicheleien, Liebkosungen. Bemerkenswert ist eine ganz enorme, explosivartig sich entladende Reizbarkeit. Es zeigt sich eine unüberwindliche Arbeitsscheu, vermöge deren diese Kinder lieber die härtesten Strafen erdulden, als bei irgend einer Arbeit auszuharren. Sehr befremdend wirkt die geradezu teuflisch zu nennende Schadenfreude der jungen Geschöpfe. Haarsträubende Tierquälereien, boshafte Beschädigung fremden Eigentums, Verleumdungen, Mißhandlungen usw. werden mit unglaublichem Raffinement verübt, wobei vielfach irgend ein dem normalen Gefühlsleben verständlicheres Motiv, wie Rachsucht, gekränkter Ehrgeiz usw., vermißt wird. Mordversuche und wirkliche Tötungen, begangen von nicht einmal halbwüchsigen Individuen, sind in der einschlägigen Literatur mehrfach beschrieben. Ungemein häufig findet sich eine besondere Lügenhaftigkeit, deren krankhafte Natur oft an sich schon dem Laien sich aufdeckt. Es handelt sich dabei nämlich durchaus nicht lediglich um Not- oder Zwecklügen, sondern es bietet sich das Bild der Pseudologia phantastica (vide Kapitel XXI). Die Kranken lügen ohne Zweck, nur um zu lügen; sie lügen aus Bosheit oder weil es ihrer Eitelkeit schmeichelt; es verschwindet eben das Urteil über Wahrheit und Phantasie. Es besteht ferner maßlos gesteigerte Genußsucht bei abnormer Intoleranz gegen Unlustgefühle. Es zeigt sich eine unbezwingliche Genäschigkeit, zu deren Befriedigung die kleinen zukünftigen Verbrecher oft zu Diebstählen und Gewalttätigkeiten greifen. Sehr häufig verfallen derartige Kranke schon sehr frühe dem Mißbrauche geistiger Getränke, was natürlich seinerseits wieder deletär auf das schon ab origine defekte Zentralnervensystem einwirkt. Auffallend früh regt sich der Geschlechtstrieb und äußert sich in intensiv betriebener Onanie, mutueller Unzucht; aber auch koitusähnliche Akte, die verschiedenen Spielarten sexueller Perversitäten werden beobachtet. Die schon erwähnte Arbeitsscheu entspringt nicht nur aus dem Mangel an Ehrgeiz und Scham, sondern auch aus der Intoleranz gegen Unlustgefühle; derlei Individuen sind einfach nicht im stande, sich über die Ermüdung, d. h. Unlustgefühle hinwegzusetzen, welche nun einmal jede Arbeit mit sich bringt.

Die intellektuelle Entwicklung kann dabei ziemlich gut fort-

schreiten, oft freilich auch verspätet und mangelhaft (Kombination mit intellektuellem Schwachsinne, speziell häufig mit dessen leichterer Form, also der Debilität); zuweilen aber bekunden solche Kinder sogar eine auffallende geistige Frühreife.

Im weiteren Verlaufe nun, je mehr die gleichzeitig wachsende Intelligenz diesen Charakteren Mittel zeigt, ihre kriminelle Neigung zu befriedigen, je mehr anderseits der heranwachsende Mensch sich als Mitglied dem großen gesellschaftlichen Organismus einfügen soll, sobald also diese Individuen das Alter der Selbständigkeit erreicht haben, treten die oben skizzierten Züge immer deutlicher zu Tage. Aus den kleinen Taugenichtsen werden die jugendlichen Verbrecher. Da zeigt sich nun im allgemeinen eine gewisse eigentümliche Spezialisierung (die Kriminalisten kennen längst die Tatsache, daß Gewohnheitsverbrecher meist stets in ein und dasselbe Delikt verfallen). Wir können nämlich auch hier eine versatile und eine apathische Form unterscheiden. Bei ersterer prävalieren die Hemmungsunfähigkeit, Reizbarkeit, gesteigerte Genußsucht; bei letzterer der Mangel und die Perversionen der altruistischen Gefühle, die Schamlosigkeit, Arbeitsscheu, Lügenhaftigkeit. Dem entsprechen nun einerseits die unverbesserlichen Rauf- und Trunkenbolde, die Gewalttätigen*), die Sittlichkeitsverbrecher, anderseits die Vagabunden, Diebe, Hochstapler usw. Die Fälle mit besonders ausgesprochener Pseudologia phantastica stellen zu letzteren ein großes Kontingent. Eine relativ harmlose Erscheinungsform des apathischen Typus sind die jedem Anstaltsarzte wohlbekannten fratres nosocomiales, arbeitsscheue Landstreicher, welche unter allen erdenklichen Vorwänden sich den bequemen und sorgenlosen Aufenthalt in einem Krankenhause zu verschaffen wissen; nachdem man aber daselbst doch meistens im Bette liegen muß, schmale Kost bekommt, wird neuerer Zeit die Irrenanstalt bevorzugt, wo es doch Kegelbahnen, Billard, Theateraufführungen usw. gibt (vide später sub Simulation). Für weibliche Moral insanes ist das große gesellschaftliche Sicherheitsventil die Prostitution, welche dieselben vor der Kriminalität bis zu einem gewissen Grade zu schützen geeignet

---

*) Einige dieser Individuen, im Zivil zahllose Male vorbestraft, schienen im Felde zunächst ganz gut sich zu bewähren, zeichneten sich durch besondere Tollkühnheit und Bravour aus, durch Verschlagenheit und Geschick bei Schleichpatrouillen. Bald aber machten die antisozialen Triebe diese Leute auch an der Front unbrauchbar. Schwere Gewalttaten gegen die Zivilbevölkerung, Querulieren, Unbotmäßigkeit, Unverträglichkeit, mit der hemmungslosen „Schneid" merkwürdig kontrastierende kleinmütig-nörgelnde Verzagtheit im Stellungskriege, Verhetzen und Aufwiegeln, Trunkenheitsexzesse mit Desertion und Gewalttätigkeiten usw. usw. ließen diese Individuen als dieselben unverbesserlichen Gesellschaftsschädlinge auch im Kriege erscheinen wie im Frieden. Ihr Feind ist eben nicht der Vaterlandsfeind, sondern die menschliche Gesellschaft.

ist. Arbeitsscheu, Leichtsinn, Schamlosigkeit usw. prädestiniert ja das betreffende Individuum zu diesem Gewerbe.*)

Allen Besserungsversuchen, allen liebevollen Ermahnungen, empfindlichen Strafen zum Trotze schreiten diese Individuen nun weiter auf der Bahn des Verbrechens und des Lasters. Endlich, meist schon sehr früh, kommt der moralisch Schwachsinnige, nachdem auch die sogenannten „Besserungsanstalten" versagt haben, ins Zuchthaus, d. h. er absolviert jetzt die Hochschule des Verbrechens. In der Gesellschaft der gewiegten Gewohnheitsverbrecher lernen nun diese Kranken Kniffe, an die sie selbst niemals gedacht, Instrumente, von deren Existenz sie keine Ahnung gehabt, sie beraten untereinander neue Verbrechen, lernen Geistesstörungen simulieren usw. und werden endlich, nachdem sie ihr Delikt „gebüßt", als „gebessert" und „abgeschreckt" entlassen.

Das verbrecherische Treiben beginnt naturgemäß von neuem, meist schon am ersten Tage der Entlassung. Zur Abwechslung kommt einmal einer der Kranken auch vor den Psychiater. Abgabe in die Irrenanstalt, d. h. Leute, welche zu den gefährlichsten und raffiniertesten Verbrechern gehören, die gelegentlich aus dem Zuchthause zu entweichen vermochten, sollen in einem Asyle untergebracht werden, dessen oberstes Prinzip die möglichst freie Behandlung sein soll. Die Moral insane mißhandelt und bestiehlt harmlose Mitpatienten, schmuggelt Alkohol ein, stürzt die Hausordnung auf den Kopf, terrorisiert und demoralisiert das Wartepersonal; mehrere solcher Leute auf einer Abteilung komplottieren untereinander; endlich werden sie als „kein Objekt irrenärztlicher Pflege" unter irgend einem Vorwande entlassen oder sie brennen einfach durch. (Schutz der Gesellschaft!) Nun wissen sich derlei Individuen obendrein noch straffrei. „Mir kann nichts geschehen, ich komme nur in den Narrenturm"; wie einen Talisman tragen sie alle auf die seinerzeitige Abgabe in die Irrenanstalt bezüglichen Dokumente mit sich herum. Endlich macht ein Messerstich bei einem Raufhandel oder die Tuberkulose in einem Zuchthause einer solchen Existenz ein Ende, nachdem sie, in stetem Kampfe mit der Gesellschaftsordnung, einsichtslos, wofür sie eigentlich bestraft werden, und einsichtslos dafür, warum gerade sie immer Schiffbruch leiden, ungeheure Summen der menschlichen Gesellschaft gekostet, unberechenbaren, oft nicht wieder gut zu machenden Schaden

---

***) In Anbetracht des S. 120 erwähnten Antagonismus zwischen hereditär-degenerativer Veranlagung und der zur Paralyse ist es besonders bemerkenswert, daß nach neueren Untersuchungen bei einer großen Anzahl gewerbsmäßiger Prostituierter, deren Primäraffekt auf viele Jahre zurückdatiert, die „vier Reaktionen" positiv ausfallen, ohne irgendwelche andere objektive Erscheinungen von Paralyse oder Tabes.**

gestiftet und der Welt eine Generation von Verbrechern, Geisteskranken, Trunkenbolden und Fallsüchtigen aufgebürdet.

In manchen Fällen, speziell der erethischen Form, kann aber auch mit vorrückendem Lebensalter ein gewisses Nachlassen der Kriminalität eintreten; die vordem bezirksbekannten und gefürchteten „Plattenbrüder“ („Apachen“) wandeln sich allmählich um in harmlose „Spitalsbrüder“, in Stamminsassen der Versorgungshäuser und Irrenanstalten. Nur die unüberwindliche Arbeitsscheu bleibt unverändert bestehen.

Entsprechend der Ätiologie (vide später) finden sich in der überwiegenden Mehrheit aller derartigen Individuen die verschiedenen anatomischen und funktionellen Degenerationszeichen, welche sie mit den psychopathisch Minderwertigen überhaupt gemeinsam haben.

Von ersteren seien aufgezählt: Anomalien der Schädelbildung (Oxy-, Plagio-, Skapho-, Nanokephalia). Besonders häufig ist ein auffallendes Zurückbleiben des Stirnskelettes, die bekannte „fliehende Stirne“. Erwähnenswert sind ferner: massive Entwicklung der Jochbögen, des Unterkiefers, die Apophysis lemurica, Torus palatinus, enger steiler Gaumen, bedeutendes Überwiegen der Spannweite über die Körperlänge, Syn- und Polydaktylie, Hypospadie, Kryptorchismus, Gynäkomastie, weiblicher Typus der Anordnung der Schamhaare und spärlicher Bartwuchs bei männlichen, auffallend tiefe Stimme, starke Behaarung, Bartanflug, männliche Anordnung der Crines bei weiblichen Individuen, Hasenscharte, Wolfsrachen, ungleiche Färbung der Irides, Tigerung oder Kolobome derselben, Keratokonus, ophthalmoskopisch zu konstatierende angeborene Mißbildungen, angewachsene oder fehlende Ohrläppchen, Morelsches Ohr, das Darwinsche Knötchen usw.

Zu den funktionellen Degenerationszeichen gehören unter anderem eine habituelle, allgemeine Hypalgesie, die verschiedenartigen Anomalien der vita sexualis, eine sehr bemerkenswerte konstitutionelle Anomalie der Vasomotoren des Gesichtes, Nackens und der Brust derart, daß auf Einatmung von Amylnitrit die betreffenden Gefäße nicht dilatiert werden (das Erröten auf Amylnitrit entspricht seiner Ausbreitung nach der Schamröte), eigentümliche Idiosynkrasien gewissen Nervengiften gegenüber, wie z. B. qualitative und quantitative Alkoholintoleranz; unter ihnen finden sich viele der sogenannten „Süchtigen“ (vide Kap. XVII). Eine gewisse Periodizität macht sich nicht bloß in der psychischen Sphäre geltend, sondern auch in dem Verhalten des Körpergewichtes. Häufig ist Kombination mit den großen Neurosen, Hysterie und besonders Epilepsie; bei vielen besteht eine unverkennbare epileptische Disposition, Neigung zu konvulsiven Anfällen („Fraisen“), zu den psychischen Äquivalenten, wie Absenzen,

zu verschiedenen fugueähnlichen Zuständen, „Zuchthausknall"; die Kranken zeigen überhaupt eine erhöhte Veranlagung zu verschiedenen mehr minder transitorischen, relativ noch wenig studierten und nosologisch schwer rubrizierbaren Geistesstörungen, wobei paranoide, katatone und andere Züge bunt und regellos vermischt der Beobachtung sich darbieten („Gefängnispsychosen" — „syndrômes épisodiques" —). Auch die Neigung, sich tätowieren zu lassen, muß hier aufgezählt werden. (Tätowierung schon in früher Jugend; meist ist der Inhalt der Zeichnungen ungemein obszön oder deutet schon an sich auf Bekanntschaft des Trägers mit dem Zuchthaus hin usw.)

Kombination mit den verschiedenen Äußerungsformen des „Entartungsirreseins", wie z. B. mit krankhaften Triebhandlungen usw. (vide Kap. XVII) ist gleichfalls sehr häufig.

## B. Ätiologie.

Die ursächlichen Faktoren sind dieselben wie beim Schwachsinne überhaupt. In erster Reihe steht die hereditär-degenerative Veranlagung (insbesondere Alkoholismus in der Aszendenz, Erbsyphilis, aber auch Epilepsie, Geisteskrankheit, Selbstmord, Verbrechen), ferner kommen in Betracht alle krankmachenden Momente, welche das Gehirn überhaupt treffen, und zwar in um so höherem Grade, in ein je früheres Alter die betreffende Schädlichkeit fällt. Hier sind aufzuzählen: Schädelverletzung mit Gehirnerschütterung einhergehend, Sonnenstich, Infektionskrankheiten mit besonders schweren zerebralen Erscheinungen, Encephalitiden usw. Beide Geschlechter beteiligen sich in annähernd gleichem Maße. Der moralische Schwachsinn ist, wie der intellektuelle, meist angeboren. Es kann sich aber, entsprechend der eben auseinandergesetzten Ätiologie, in vereinzelten Fällen das ganze ominöse Charakterbild auch im späteren Lebensalter entwickeln, z. B. nach einem schweren Schädeltrauma.

## C. Differentialdiagnose.

Wie schon seinerzeit erwähnt, können gelegentlich die leichtesten Formen periodischer oder zirkulärer Manie mit besonders hervorstechenden degenerativen Zügen zu Verwechslung mit der eigenartigen Form des moralischen Schwachsinns Veranlassung geben. Einer meiner Kranken z. B. war jahrelang zwischen Zuchthaus, Zwangsarbeits- und Irrenanstalt hin- und hergependelt, bis sich die wahre Ursache des Leidens herausstellte, d. h. der reizbare, gewalttätige, unerträglich boshafte, mit zahllosen Abstrafungen sich brüstende, trunksüchtige Patient auf einmal als bescheidener, fleißiger, durchaus sittlicher Mensch sich entpuppte. Er war eben in ein luzides Intervall

eingetreten. Wie schon erwähnt, darf eben — ganz abgesehen von der Anamnese — das Vorhandensein typisch manischer Züge, speziell auf dem Gebiete des Assoziationsprozesses, nicht übersehen werden.

Gegenüber den heboiden Bildern ist auf die Anamnese (Nachweis der Charakterveränderung gegenüber früher, Einsetzen in den Jahren der Pubertät) das größte Gewicht zu legen. Früher oder später wird aber auch die intellektuelle Abschwächung unverkennbar, das Moment der Affektdissoziation oder andere zweifellos hebephrene Züge.

Viel schwieriger kann die Beantwortung der Frage fallen, ob im konkreten Falle nur Verwahrlosung, Produkt eines verkehrten, entsittlichenden Milieus oder krankhaft bedingte ethische Verkümmerung vorliegt, und gelegentlich unmöglich auf den ersten Blick die Entscheidung, wie viel im konkreten Falle auf Rechnung des Pathologischen, wie viel auf Rechnung des Milieus zu setzen ist. In praxi liegt übrigens häufig beides gleichzeitig bei einem und demselben Individuum vor. Das Wichtigste ist hier eine sorgfältige Anamnese: in den gewöhnlichen Fällen also der Nachweis einer Ätiologie, des Hervortretens krimineller Züge schon in den Kinderjahren, die absolute Fruchtlosigkeit irgendwelcher erziehlicher Einflüsse (Strafe, Milde usw), der Hinweis auf andere, unter ganz denselben äußeren Verhältnissen aufgewachsene, aber ethisch normale Familienmitglieder, die unausgesetzten Delikte, die Einsichtslosigkeit der Kranken für irgendwelche Vorwürfe, für ihr Tun überhaupt, das sich öfters gelegentlich längerer Unterredungen in höchst drastischer Weise äußert*), die Schamlosigkeit, mit der einzelne Fakta ohne Versuch einer Beschönigung als etwas ganz Selbstverständliches dargestellt werden. In manchen Fällen von spät erworbener Moral insanity wird besonders die Gegenüberstellung der psychischen Persönlichkeit vor und nach der bestimmten Schädlichkeit (Insolation usw.) von Wichtigkeit sein.

Besonders sei aber hier folgendes betont. Der Nachweis einer erblichen Belastung, von Schädeltraumen, Erbsyphilis, konvulsiver Züge, Degenerationszeichen und anderer Erscheinungen der Entartung ist zwar ungemein wertvoll zur Stütze der Diagnose und noch mehr darum, weil all dies uns veranlassen soll, uns mit der Psyche des betreffenden Individuums überhaupt eingehender zu beschäftigen; es dürfen aber nie und nimmer diese Momente ausgespielt werden, um aus ihnen allein etwa die Diagnose „moralischer Schwachsinn“ ableiten zu wollen. Heredität bedeutet nichts weiter, als daß der Be-

---

*) Charakteristisch ist z. B. die naive Verständnislosigkeit, mit welcher derartige Jugendliche der Frage gegenüberstehen, ob es den alles eins sei, wenn man die eigene Mutter bestehle, mißhandle usw. oder fremde Leute. Auch hier wieder erhellt übrigens die Diagnose öfters nicht so sehr aus dem Ergebnisse der Exploration, als aus der Lebensführung.

lastete eben zu Psychosen in höherem Grade disponiert ist als ein anderer, involviert aber durchaus nicht per se Geistesstörung. Sämtliche Stigmata degenerationis haben nur statistischen, d. h. theoretischen Wert, d. h. bei Belasteten, in gewissen Formen von Geistesstörung werden sie viel häufiger angetroffen als bei Normalen, bei denen sie seltener vorkommen. Sie sind daher zur Beurteilung des Geisteszustand im konkreten Falle wertlos.

## D. Therapie.

Wie es mit den Erfolgen pädagogischer Versuche steht, mögen dieselben nun als erzieherisch im engeren Sinne unternommen werden oder im Rahmen der derzeit bestehenden Strafrechtspflege, erhellt aus dem oben Gesagten von selbst. Immerhin verdienen — nachdem es sich doch beim Verbrecher um zweierlei handeln kann, um Krankheit und um den Einfluß eines verkehrten, entsittlichenden Milieus — Versuche einer frühzeitigen Beeinflussung verwahrloster Kinder von verbrecherischen Eltern volle Beachtung, wofern sie richtig, mit Sachkenntnis, unbeugsamer Energie und einem gewissen Idealismus unternommen und fortgesetzt werden. (Bosko in Turin, Bernardo in England.)

Hingegen mag hier noch besonders die forensische Seite erörtert werden, die Frage, wie unser Gutachten lauten soll. Wir können hier de lege ferenda und de lege lata die Sache betrachten. Die Erkenntnis von der pathologischen Natur der Gewohnheitsverbrecher dringt immer mehr durch. Als Kranke gehören diese Individuen nicht ins Zuchthaus; was aber Gegenstand der Psychiatrie ist, wird damit nicht gleichzeitig Objekt der Irrenfürsorge. Die moderne Irrenanstalt, auf dem Prinzipe der freiesten Behandlung aufgebaut, muß zum Wohle der nicht kriminellen, verwirrten und verblödeten, schutzlosen Geisteskranken freigehalten werden von derlei antisozialen Individuen. Halten wir uns ferner vor Augen, daß gerade wie bei der intellektuellen Imbezillität fließende Übergänge hinüberführen von den schweren Formen in das breite Grenzland der „physiologischen" Dummheit, dies auch bezüglich der moralischen Idiotie gilt; ja, der moralische Schwachsinn an sich, soweit nicht andere im eigentlichen Sinne des Wortes psychopathische Züge hinzutreten, muß als ein Grenzgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit betrachtet werden.

Wir sollten demnach fordern:*) Eigene Asyle für die Verbrechernaturen (mögen sie nun angegliedert sein an die Irren- oder Straf-

*) Die vorliegenden deutschen und österreichischen Entwürfe zu einem Strafgesetze tragen diesen Forderungen in recht weitgehendem Maße Rechnung und würden bei Erlangung von Gesetzeskraft einen ganz außerordentlichen Fortschritt bedeuten.

anstalten); das Strafgesetzbuch muß neben der vollen und der aufgehobenen den Begriff der „verminderten“ Zurechnungsfähigkeit aufnehmen; endlich soll die Detention des Verbrechers nicht nach der konkreten Tat, sondern nach seiner Persönlichkeit, d. h. nach dem Maße seiner Gemeingefährlichkeit bemessen werden. Diese eigenen Asyle müßten daher auch mit dem Rechte unbestimmter Detentionsmöglichkeit versehen sein. Es hätte dies auch den Vorzug, in wirksamer Weise der Simulationstendenz derartiger Individuen entgegenzuarbeiten.

Nachdem diese drei Postulate aber nur pia desideria sind, muß unser Gutachten sich den bestehenden Bestimmungen anschmiegen. Der § 2 Ö. St.-G. sagt nun ausdrücklich: „des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt“. Wir dürfen uns daher nicht mit der Diagnose „moralischer Schwachsinn“ allein begnügen, sondern müssen streng individualisierend vorgehen, uns stets fragen: ist der betreffende Täter soweit geisteskrank, daß auf ihn die Bedingungen des obzitierten Paragraphen zutreffen, d. h. die strafrechtliche Verantwortung völlig aufgehoben ist? Wo die Moral insanity, wie häufig, kombiniert ist mit einer Psychose s. str., wird ein Fall so zu beurteilen sein wie eben jeder andere der speziellen Geistesstörungen. Wo aber nichts anderes vorliegt als ethische Defektuosität, muß unser Gutachten heute lauten, daß der Täter des Gebrauchs der Vernunft nicht ganz beraubt ist, d. h. moralischer Schwachsinn an sich darf nicht als Strafausschließungsgrund angesehen werden.

**Eine Besprechung einer eventuellen Prophylaxe, wie vor allem eine Bekämpfung der Entartung möglich ist, würde zu weit führen. Diesbezüglich kann z. B. die Antialkoholbewegung nicht kräftig genug unterstützt werden. Ebensowenig kann hier auf die interessanten Institutionen des sogenannten „reformatory“- und „Probations“-Systems eingegangen werden, auf die Frage der Jugendgerichte, die Versuche einer Deportation und Ansiedelung, sowie auf zahlreiche andere Probleme des großen Themas: Behandlung und Unterbringung der kriminellen geistig Minderwertigen.**

## Anhang zu Kapitel XVI.

## Simulation.

Es wäre die Schilderung der moralischen Idiotie nicht vollständig, wollte man die Erscheinung der Simulation unbesprochen lassen. Der gewöhnliche Fall ist der, daß eine Geistesstörung vorgetäuscht wird, um die strafrechtliche Verantwortung von sich abzuwenden oder den Strafvollzug zu vereiteln; eine interessante Spielart stellt die sogenannte „Simulation préventive“ dar. Ein bisher unbescholtener Mann stellt sich vorübergehend geisteskrank, um bei einem schon geplanten Delikte nachträglich auf die seinerzeitige „amt-

lich" konstatierte „Psychose" hinweisen zu können. Ein anderes Motiv für Simulation bildet das Bestreben, sich der Wehrpflicht zu entziehen. Daß derlei Fälle in Kriegszeiten ungleich häufiger zur Beobachtung kommen als im Frieden, ist selbstverständlich. Oben wurde ferner schon die Simulation aus Arbeitsscheu erwähnt. Vor allem ist hier ein bei hellichtem Tage, auf der belebtesten Straße in der Nähe einer Wachstube, vorsichtig vorbereiteter Selbstmordversuch sehr beliebt, oder „Irrereden" in der Hofburg, ein „Tobsuchtsanfall", wenn gerade ein Wachmann in der Nähe ist usw. Einer unserer Kranken stieg gewöhnlich in das Bassin des Rathausbrunnens und schrie dann jämmerlich um Hilfe.

**Nur der Vollständigkeit halber erwähne ich endlich gewisse Fälle, die forensisch überhaupt nicht in Betracht kommen. Hysterische, um sich „interessant" zu machen, Schwachsinnige, um zu „schauen, ob der Herr Doktor darauf kommt", Paranoiker, um ihre Verfolger zu „täuschen", simulieren gelegentlich in meist wenig nachhaltiger Weise.**

Was nun das Symptom der Simulation anbelangt, so ist die vielfach vertretene Behauptung zweifellos richtig, daß dasselbe so gut wie ausschließlich bei pathologischen Naturen vorkommt (ein vollwertiges Individuum hat eben a priori nicht die Motive zu simulieren).*) Damit darf aber beileibe nicht gesagt sein, daß in foro criminali vielleicht der bequeme Hinweis auf diese Tatsache uns der Mühe einer genaueren Exploration entheben kann, etwa nach der Logik: ist die fragliche Geistesstörung echt, trifft eo ipso § 2 St.-G. zu; ist sie simuliert, nun dann ist das betreffende Individuum ja auch psychopathisch, ergo zu exkulpieren. Die Frage der strafrechtlichen Verantwortung bei der Moral insanity wurde ja entsprechenden Ortes erörtert. Hier sei nur betont, daß bei aller Anerkennung des Erfahrungsgrundsatzes von der Seltenheit der Simulation bei geistig Normalen der Nachweis einer solchen eben für die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit sowie Straftauglichkeit von großer praktischer Bedeutung ist.

Die Erkennung der Simulation kann gelegentlich auf große Schwierigkeiten stoßen. Leicht liegt die Sache zumeist dort, wo die betreffenden Individuen nicht sozusagen „psychiatrisch" vorgebildet sind, die Rolle des Geisteskranken ihrer Phantasie nach spielen, so wie der Laie überhaupt einen Irrsinnigen sich vorstellt.

Dies ist aber durchaus nicht der häufigere Fall. Die Leute — handelt es sich doch fast ausnahmslos um moralisch Schwachsinnige

---

***) Das eben Gesagte bezieht sich selbstverständlich vorzugsweise auf Simulation aus forensen Motiven; die unzähligen tschechischen Simulanten z. B., die wir während des Krieges gesehen haben, nunmehr ehrenwerte und geschätzte Bürger des tschechoslowakischen Staates, würden wohl mit Recht selbst gegen die Anschauung aufs schärfste protestieren, daß jeder Simulant an sich schon pathologisch sei.**

— haben oft entweder schon Bekanntschaft mit dem Irrenhause gemacht und halten sich an ihnen bekannte Bilder oder sie werden von erfahrenen Zuchthausgenossen entsprechend instruiert.

Es hieße einfach vieles reden und nichts sagen, wollte man allgemein giltige Grundsätze zur Entlarvung der Simulation entwickeln. Einiges wurde ja schon früher erörtert (vergl. „Pathologischer Rauschzustand“ usw.). Auch auf die innigen Beziehungen von Hysterie und Simulation wurde schon a. O. hingewiesen. Hier entscheidet einzig und allein die Erfahrung. All die Kriterien, welche gemeiniglich in dieser Hinsicht angegeben werden, sind gewiß wertvoll, aber können im konkreten Falle im Stich lassen.

Das Widerspruchsvolle im Krankheitsbilde, der rasche Wechsel zwischen unsinnigem Toben und Reden einerseits, durchaus geordnetem Verhalten anderseits, findet sich bei Katatonikern; das maßlos Übertriebene und Falsche der Antworten lernten wir kennen in dem Symptom des „Vorbeiredens“, wie anderseits gewiegte Simulanten Erscheinungen zeigen können, wie Essen von Menschenkot, das Verzehren des Erbrochenen od. dgl., die man einem Menschen von ungetrübtem Sensorium a priori nicht zutrauen würde. Daß auf gewisse Suggestivbemerkungen hin der fragliche Geisteskranke auf einmal die Erscheinungen aufweist, welche der betreffenden Äußerung gemäß zu erwarten waren, ist durchaus nicht eindeutig für Simulation, ebensowenig Schwinden eines Symptoms auf energische faradische Pinselung; dies kann eben auch bei hysterischen Psychosen vorkommen. Die lange Dauer eines fraglichen psychotischen Symptoms spricht wieder anderseits durchaus nicht gegen Simulation. Ein bekannter Einbrecher und überwiesener Simulant hatte durch über $1^1/_2$ Jahre sein monotones „Ich fliege, du fliegst“ als einzige sprachliche Äußerung hergeleiert, nachdem er schon längst verurteilt worden war und die Strafe angetreten hatte.

Unbedingt muß auch die Anschauung verworfen werden, daß ein Zustandsbild, welches sich nicht in den Rahmen einer der bekannten Krankheitstypen einfügen will, darum allein schon als simuliert bezeichnet werden darf. Wer mit offenen Augen die Insassen einer Irrenklinik studiert, wird mehr atypische als „Schul“-Fälle finden.

Genug an dem! Ob im konkreten Falle Simulation vorliegt oder nicht, das läßt sich nicht an der Hand bestimmter Regeln, sondern nur auf Grund einer genauen Analyse, großer persönlicher Erfahrung und sorgfältiger, oft langandauernder Beobachtung entscheiden. Manchmal bringt erst der weitere Verlauf die definitive Klärung. Jedes weitere Wort ist überflüssig. Man wird immer gut tun, sich den Gedanken an Simulation in foro criminali vorzulegen, und so

verfehlt es ist, ohneweiters jegliche bei einem kriminellen Individuum sich zeigende psychotische Erscheinung vorurteilsvoll ohne genauere Prüfung als simuliert zu bezeichnen, ebenso ist es ein Kunstfehler, gläubig alle Bekenntnisse und Angaben des Inkulpaten für bare Münze hinzunehmen, zumal in einem Zeitalter, da übereifrige Verteidiger und zahllose populär-wissenschaftliche Traktätchen und Vorträge dafür sorgen, daß jeder Dieb an Kleptomanie, jeder Hochstapler an Pseudologia phantastica und jeder abgelebte Roué an Psychopathia sexualis leiden will.

Nur eine praktische Bemerkung sei hier vielleicht gestattet. Es liegt auf der Hand, daß Beibehaltung einer simulierten Geistesstörung desto schwerer fallen muß, unter je genauerer, vollständiger und anhaltenderer Beobachtung der Betreffende steht. Es empfiehlt sich daher nicht, fragliche Simulanten zu isolieren; man lasse sie in Gesellschaft und versäume es schließlich auch nicht, aus der trüben Quelle der Angaben seitens der Zellengenossen zu schöpfen. Die sogenannte Verbrecherehrlichkeit existiert ja doch nur in den Romanen; dergleichen Individuen, bar der altruistischen Empfindungen, komplottieren zwar untereinander, halten fest zusammen, wo es gemeinsame Interessen zu verfolgen gilt. Der einzelne ist aber ebenso leicht bereit, für irgend einen persönlichen Vorteil (sei es im konkreten Falle auch eine Kleinigkeit, wie Tabak, Kostaufbesserung usw.) seinen Kumpan zu verraten.

Es ist selbstverständlich, daß die Diagnose „Simulation" einzig und allein auf derlei Angaben unsauberer Provenienz hin niemals gestellt werden darf, ebensowenig wie vielleicht auf die Berichte überschlauer Profosen hin, allein in zweifelhaften Fällen kann man schon gelegentlich ganz verwertbare Anhaltspunkte, Stützen für eine bestimmte Anschauung erhalten, erfährt von Dingen, die vielleicht der eigenen Aufmerksamkeit entgangen sind und die den ganzen Fall in einem neuen Lichte erscheinen lassen, die Untersuchung wenigstens auf bestimmte Punkte besonders hinlenken usw.

Nur nebenbei sei daran erinnert, daß im Zeitalter der Unfallversicherung auch in zivilgerichtlicher Hinsicht die Simulation eine immer größere Rolle spielt bei der „traumatischen Neurose" in der Unfallspraxis (vide auch Kap. XIV).

# VIII. Die psychopathischen Minderwertigkeiten.

(„Entartungsirresein.“)

Unter diesem Sammelnamen wollen wir eine große Reihe von Individuen zusammenfassen, welche, ohne geisteskrank im eigentlichen Sinne zu sein, von Haus aus in ihrem Seelenleben ein „Leck“ aufweisen gegenüber der Norm, die verschiedensten Anomalien zeigen in ihrer Reaktion auf äußere Reize, in dem Verarbeiten derselben in ihrem Gefühlsleben usw. Wir bewegen uns hier auf einem echten Grenzgebiete zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit. Der Gedankengang der betreffenden Individuen ist geordnet, ihre Intelligenz weist zumeist keine gröberen Defekte auf, wir beobachten kein Wahnsystem, keine Sinnestäuschungen od. dgl., und gleichwohl stoßen wir auf zahllose Abnormitäten, welche derartige „Kranke“ eben nicht als psychisch gesund, als normal erkennen lassen.

Unter den ätiologischen Faktoren ist der wichtigste die erbliche Belastung. Die meisten dieser Leute sind Hereditarier. Erst in zweiter Linie kommen erworbene Schädlichkeiten in Betracht (Schädeltraumen, zerebrale Prozesse in früher Kindheit usw.).

Derlei Individuen sind vielfach Träger mehr minder schwerer und gehäufter körperlicher Degenerationszeichen; im Bereiche der willkürlichen Muskulatur bestehen nicht so selten allerlei Tics; die besondere krankhafte Veranlagung des Zentralnervensystems macht sich schon häufig in früher Kindheit in einer „konvulsiven Disposition“ geltend („Fraisen“ beim Zahnen usw.), die Kinder delirieren leicht, schon bei relativ niederen Fiebertemperaturen. Der Geschlechtstrieb regt sich oft auffallend früh und führt zu intensiv betriebener Masturbation, welche in vielen Fällen dauernd bei und trotz normalem Geschlechtsverkehre fortgesetzt wird. Diese Kinder sind „ganz anders“ als ihre Spielgenossen, scheu, kopfhängerisch, zimperlich, reizbar, abnorm ermüdbar, „exzentrisch“, können stundenlang müßigen phantastischen Träumereien nachhängen („Wachträumen“); sehr häufig macht sich in dem ganzen psychischen und physischen Leben eine eigentümliche Periodizität bemerkbar, ein gewisser Wechsel in der Leistungsfähigkeit, der Betätigung bestimmter

Neigungen, der Stimmungslage usw. Die intellektuelle Entwicklung kann dabei ganz ungestört sich vollziehen; nicht selten besteht zwar ein gewisses Maß von Imbezillität, manchmal aber sogar auffallend gute Begabung, speziell einseitige Entwicklung gewisser künstlerischer Anlagen, eine gewisse Frühreife („Wunderkinder"), Vorliebe für der Altersstufe nicht angepaßte Lektüre, für extrem „dekadente" Produkte in Dichtkunst, Malerei und Musik.

Es handelt sich zumeist um dauernde, weil in der ganzen Anlage des Individuums begründete, auch unheilbare Zustände, deren Intensität allerdings gewisse spontane Schwankungen aufweisen kann, auch wohl durch geeignete therapeutische Maßnahmen bis zu einem Grade beeinflußbar ist. Die Prognose selbst aber muß, da wir es, wie schon oben erwähnt, mit Grenzfällen zu tun haben, durchaus individuell gestellt werden.

In symptomatologischer Hinsicht weisen die einzelnen Formen die größten Verschiedenheiten auf. Nur die häufiger vorkommenden und klinisch wichtigeren mögen hier erörtert werden, wobei aber ausdrücklich betont sei, daß die nunmehr aufgezählten Gruppen nicht vielleicht scharf umschriebene Krankheitstypen bilden, sondern nur als Hauptrepräsentanten aus dem großen Heere der Erscheinungen herausgegriffen sind. Vielfach finden sich bei einem und demselben Kranken mehrere der folgenden Symptome kombiniert, wie ja auch schon früher an vielen Stellen betont wurde, daß alle diejenigen Psychosen s. str., deren hauptsächlicher Faktor die hereditär-degenerative Disposition bildet, neben der eigentlichen Geistesstörung auch häufig die Züge der allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit mehr minder deutlich erkennen lassen.

XVII. KAPITEL.

# DIE „SÜCHTIGEN".

Eine eigenartige Erscheinungsform der allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit stellen die sogenannten „Süchtigen" dar, d. h. Individuen, welche mit irgendwelchen Nervengiften gewohnheitsmäßig Mißbrauch treiben. Es handelt sich dabei um zweierlei ursächliche Faktoren. Einmal kommt in Betracht eine abnorme Intoleranz derartiger Leute gegen seelische oder körperliche Unlustgefühle irgendwelcher Art (Schmerz, Ermüdung, Sorgen usw.). Der Kranke ist einfach nicht im stande, über die geringsten Unlustgefühle, welche das tägliche Leben, der Beruf, die Arbeit usw. mit sich bringen, über irgendwelche unangenehme Empfindungen sich hinwegzusetzen; sie machen ihn arbeits- und denkunfähig und erheischen gebieterisch Abhilfe durch irgend ein Betäubungsmittel. Als zweiter nicht minder wichtiger Faktor muß eine abnorme Reaktion des Organismus auf das betreffende Nervengift genannt werden, eine eigenartige Idiosynkrasie in dem Sinne, daß das Narkotikum nicht nur seine allbekannten pharmakodynamischen Wirkungen entfaltet, sondern noch eine spezielle, besonders genußbringende; die Berauschung an sich wird gesucht, schafft besondere Lustempfindungen.

Am besten ist der letztere Punkt bezüglich des Morphiums bekannt. Nicht jeder, der wegen einer Neuralgie die Pravazsche Spritze kennen lernt, wird dadurch zum Morphiomanen. Eine Morphiuminjektion ist für den normalen Menschen nicht besonders angenehm, sie beseitigt zwar in souverän wirksamer Weise den Schmerz, bringt aber allerlei unangenehme Nebenerscheinungen mit sich, das Gefühl von eingenommenem Kopf, leichter Übelkeit usw. Gewisse pathologische Individuen aber empfinden neben der anodynen Wirkung des Alkaloides ein ganz eigenartiges, nie geahntes Gefühl von Wohlbehagen, von Gedankenerleichterung, von Wunschlosigkeit, angenehmen Träumen, die sogenannte Morphiumeuphorie, und wer einmal dieselbe genossen, dessen Schicksal ist auch schon besiegelt. Ähnlich verhält es sich nun mit allen übrigen Nervengiften, mit dem Alkohol, Kokain, Haschisch, Äther usw.

Die Erscheinungen des chronischen Alkoholismus und die alkoholischen Geistesstörungen wurden schon seinerzeit im Zusammenhange beschrieben. Hier muß aber folgendes nochmals besonders betont werden. Unter den ätiologischen Faktoren des chronischen Alkoholmißbrauches spielen das Milieu, die Trinksitten usw. gewiß eine ganz gewichtige Rolle. Nur darf darüber die Veranlagung nicht übersehen werden. In den Studentenjahren oder während der Militärzeit begeht ja fast jedermann kleinere oder gröbere Exzesse in baccho. Ja, das Milieu, um überhaupt Trinker zu werden, ist schließlich für jeden vorhanden; glücklicherweise geht von all den sanges- und trunkfrohen Couleurs doch nur ein verschwindend kleiner Bruchteil später am chronischen Suffe zugrunde. So sicher lange fortgesetzter Alkoholmißbrauch zu einem schweren psychischen und körperlichen Verfall führt, so zweifellos ist es, daß Viele nur darum überhaupt Gewohnheitssäufer werden, weil sie ab origine pathologische Naturen sind; sie werden nicht entartet, weil sie trinken, sondern sie saufen, weil sie Degenerierte sind. Es wurde ja z. B. auch schon erwähnt, daß erbliche Belastung einen wichtigen Faktor in der Ätiologie des Alkoholismus abgibt. In Ländern, wo der Alkohol nicht zu den üblichen und am leichtesten zugänglichen Genußmitteln gehört, fehlen gleichwohl selbstverständlich nicht derartige pathologisch veranlagte Individuen; nur treten sie dort auf als Opiophagen, Haschischraucher, Kokainisten usw.

Der großen klinischen Wichtigkeit halber seien hier speziell erörtert der Morphinismus und Kokainismus. Doch ist damit die Aufzählung der „Süchtigen“ lange nicht erschöpft; es gibt Leute, welche mit Chloral, Paraldehyd, Äther, Chloroform, schwarzem Kaffee, Nikotin, Modiskop usw. Mißbrauch treiben. Ja manche derartige Individuen wechseln mit den betreffenden Genußmitteln ab; ich kenne einen Kranken, der, früher exzessiver Alkoholiker, nachdem er einmal die Morphiumwirkung kennen gelernt hatte, seit dieser Zeit tatsächlich abstinent lebte, aber wohlverstanden nur quoad alcohol, während er tagtäglich unglaublich hohe Quantitäten Morphium sich selbst injizierte. Ein anderer Fall hielt viele Jahre beim Paraldehyd, nachdem er Alkohol und andere Narkotika vorher gewissermaßen „durchprobiert“ hatte.

Im Oriente waren früher alkoholische Psychosen nur bei den Fremden, den Europäern, nicht bei den orthodoxen, daher alkoholabstinenten Moslims bekannt. Letztere stellten dafür ihr Kontingent an Haschisch- und Opiumsüchtigen. Allmählich, mit zunehmender „Aufklärung“ tauchte unter den Mohammedanern immer häufiger Alkoholismus auf, während die nicht autochthonen „Franken“ Geschmack fanden am Opium und Haschisch. Das spezielle Narkoti-

kum wechselt, die bestimmte Veranlagung der „Süchtigen“ bleibt dieselbe.

## A. Der Morphinismus.

Wegen irgend einer schmerzhaften körperlichen Affektion erhält der Morphinist in spe die erste Injektion und lernt nun nicht nur die schmerzlindernde Wirkung des Morphiums, sondern auch die unheilvolle Euphorie kennen. In vielen Fällen besteht das schmerzhafte Leiden fort und zwingt zu rascher Wiederholung der Injektion; gar nicht selten aber ist das Verlangen, sich wieder das unsägliche Wohlbehagen zu verschaffen, allein genügend, um der ersten alsbald neuerliche Einspritzungen folgen zu lassen. Ja, es gibt Fälle, bei welchen Leute einfach aus Neugierde, um die vielbesprochene Euphorie einmal selbst zu verkosten, den verhängnisvollen ersten Schritt auf der Laufbahn der Morphiumsucht taten und von dem Augenblicke an von ihrer Leidenschaft nicht mehr loskommen konnten. Die Hauptgefahr des Morphinismus liegt nun in den mehr minder rasch auftretenden Abstinenzerscheinungen. Der Organismus gewöhnt sich nicht nur schnell an das Alkaloid derart, daß, um die erwünschte Wirkung zu erzielen, die anfängliche Dosis sich bald als zu gering erweist, sondern es zeigen sich, sobald dem Körper nicht die entsprechende Menge dieses Giftes zugeführt wird (also bei absichtlich plötzlicher Entziehung sowohl, wie auch beim Morphiumhunger überhaupt, wenn innerhalb einiger Stunden die Wirkung der letzten Injektion erschöpft ist), höchst quälende Symptome, die sogleich im Zusammenhang besprochen werden sollen.*) Der Morphinist bedarf also bald nicht nur einer steigenden Dosis, um überhaupt z. B. die Schmerzen zu lindern, um die Euphorie zu erzeugen, sondern außerdem eines Plus an Morphium, um vorerst die Abstinenzerscheinungen zu bekämpfen. Daraus erklärt sich die entsetzliche Schnelligkeit, mit welcher die Morphiumsüchtigen über die Anfangsdosis hinausgehen, um schließlich zu Mengen zu gelangen, die sogar die pharmakologisch festgesetzte Dosis letalis übersteigen können (2·0 bis 3·0 pro die).

Der Morphinismus zieht nach längerem Bestehen eine eigentümliche körperliche Kachexie und allgemeine psychische Störungen nach sich. Das Körpergewicht nimmt zumeist bedeutend ab, die Verdauung liegt darnieder, Obstipation wechselt ab mit Durchfällen; die Kranken frösteln meist, häufig sind sie von asthmatischen Anfällen geplagt, die geschlechtlichen Funktionen sind erheblich ge-

*) Es bildet sich im Organismus des chronischen Morphinisten das sogenannte Oxydimorphin, welches die Abstinenzerscheinungen macht; das spezifische Antidot gegen das Oxydimorphin ist eben nur das Morphium.

stört (Impotenz, Amenorrhöe, Sterilität), zuweilen besteht ein dem alkoholischen ähnlicher Tremor. Die Pupillen sind, so lange die Morphiumwirkung anhält, auffallend eng. Die geistige Leistungsfähigkeit nimmt ab, die Kranken werden stumpf, erschlafft; besonders bemerkenswert ist eine ganz eminente Charakterschwäche und Willenlosigkeit*) gerade im Kampfe gegen die Sucht selbst. Die Kranken fassen immer wieder den Entschluß „jetzt ganz gewiß" aufzuhören, trachten aber in der raffiniertesten Weise selbst, alle Versuche einer vollständigen Entziehungskur hintanzuhalten, schmuggeln, wenn sie sich zu einer Abstinenzkur entschlossen haben, Morphium in den Kleidungsstücken ein (einer meiner Patienten hatte ein Morphiumfläschchen in der Ampulle des Rektums verborgen gehabt), sie wissen durch Lüge, Bestechung usw. sich das Mittel zu verschaffen, erzwingen endlich, wenn der Wachsamkeit oder Rechtlichkeit der Umgebung gegenüber alle Bemühungen scheitern, durch brutale Auftritte, Drohungen, ja Gewalttaten ihre Entlassung. Recht charakteristisch ist überhaupt die im grellen Gegensatze zur eben erwähnten Willensschwäche stehende Hartnäckigkeit und Entschlossenheit, mit der diese Individuen vorgehen, um sich Morphium zu verschaffen. Es ist ihnen jedes Mittel recht; nach Art der Dipsomanen wird der letzte Heller verwendet, die letzte Habe verschleudert, Frauen prostituieren sich; es kommt zu Diebstahl; ein ganz typisches Delikt ist die Fälschung von Rezepten usw.

Die Abstinenzerscheinungen, welche beim chronischen Morphinisten in abortiver Weise schon wenige Stunden nach der letzten Einspritzung sich einstellen, äußern sich in allerlei quälenden Parästhesien, Neuralgien, in häufigem Gähnen, Nießen, starken Schweißausbrüchen, in einer heftigen inneren Unruhe, in Beklemmungs- und Angstgefühlen. Die vordem miotischen Pupillen werden mydriatisch. In einigen ganz besonders schweren Fällen folgen die Abstinenzerscheinungen so schnell der Injektion, daß die Kranken sich in halb-, ja viertelstündigen Intervallen Einspritzungen machen, bei jeder Gelegenheit, wo immer sie sich befinden, meist durch die Kleider hindurch. Natürlich bleiben dabei entzündliche Infiltrate und Abszesse**) nicht aus, welche ihrerseits wegen der Schmerzhaftigkeit

*) Gerade wie beim chronischen Alkoholismus darf übrigens auch hier nicht übersehen werden, daß ein Teil der charakterologischen Abnormitäten nicht Folge, sondern Ursache des Morphinismus ist, d. h. entsprechend der degenerativen Veranlagung sind gewisse Charakteranomalien dieser Individuen angeboren, dauernd, eben konstitutionell.

**) Nur in parenthesi sei hier die Bemerkung gestattet, daß subkutane Injektionen irgendwelcher Art nur am Rücken oder Bauche appliziert werden sollen, nicht an den Armen oder Beinen. Erfahrungsgemäß neigen erstere Stellen viel weniger zur Entwicklung von Infiltraten.

erst recht gebieterisch die neuerliche Anwendung von Morphium erheischen. Die Haut derartiger Individuen ist übersäet mit glänzenden Narben, schwieligen, pigmentierten Indurationen, Abszessen, Inzisionsnarben usw.

Bei einer plötzlichen Entziehung nun sind die angedeuteten Abstinenzsymptome besonders stürmisch. Außer den schon erwähnten Erscheinungen werden beobachtet heftiges Erbrechen, profuse Diarrhöen, eine absolute, durch kein Hypnotikum zu bekämpfende Schlaflosigkeit, Herzklopfen, gehäufte Pollutionen, quälende Neuralgien usw.; es kann zu sehr bedenklichen Kollapsen kommen, welche auch letal endigen können; entzündliche, von den Injektionen herrührende Infiltrate schmelzen rasch eiterig ein. In einigen Fällen (wohl aber nur bei solchen, wobei zugleich Alkoholmißbrauch neben der Morphiomanie bestand) entwickelt sich ein dem Delirium tremens ähnliches Bild. Alle die genannten Erscheinungen schwinden wie auf einen Zauberschlag, sobald der Organismus eine gehörige Dosis Morphium erhalten hat (vide sub Therapie); ihre Dauer beträgt, je nach der Schwere des Falles, im Durchschnitte einige Tage, worauf sich überraschend schnell der gesamte Ernährungszustand hebt, die Morphinisten das Bild körperlicher und geistiger Gesundheit bieten; letzteres allerdings leider nur scheinbar. Die Gefahr der Rezidive ist eine eminente, entsprechend der eigenartigen Veranlagung derartiger Individuen.

Die Behandlung des chronischen Morphinismus kann nur in der vollständigen Entziehung des Giftes bestehen. Aus dem oben Gesagten ist es selbstverständlich, daß jede Entziehung mit Qualen verbunden ist, und bei einer langsamen, allmählichen leiden die Kranken vielleicht mehr als bei rascher Entwöhnung. Anderseits darf die Gefahr eines Kollapses bei plötzlicher Entziehung nicht unterschätzt werden, so daß jetzt ziemlich allgemein ein Mittelweg etwa in folgender Weise eingeschlagen wird: Erfahrungsgemäß übertreibt jeder Morphinist, der sich endlich zu einer Entziehungskur aufgerafft hat, ganz gewaltig die Angabe der Tagesdosis, um eben nicht sogleich zu viel entbehren zu müssen, daher genügen für den ersten Tag ein Viertel bis ein Drittel der angegebenen Menge, selbstverständlich auf möglichst zahlreiche Intervalle verteilt; nur für die Nacht empfiehlt sich eine ein wenig höhere Dosis. Dann kann man getrost täglich um mehrere Zentigramme herabgehen, wobei man von der Abendinjektion erst zuletzt absehen kann. Erfahrungsgemäß begegnet man den größten Schwierigkeiten bei den letzten paar Zentigrammen. Conditio sine qua non ist eine sorgfältige genaue Überwachung. Es ist einfach Selbstbetrug, wenn Ärzte sich einbilden, einen Morphinisten in Familienpflege heilen zu können. Aber auch viele der sogenannten „offenen“

Sanatorien verfehlen ihren Zweck in Anbetracht der Lügenhaftigkeit und Charakterschwäche der Kranken. Am sichersten läßt sich eine Entziehungskur doch nur in einer geschlossenen Anstalt, so hart es auch für den Betreffenden ist, in einer Irrenanstalt durchführen. Man kann dabei nicht vorsichtig genug sein; Besuche sollen absolut nicht geduldet werden, der Patient darf keine eigene Wäsche, keine eigenen Toiletteartikel usw. haben; am besten erfolgt die Behandlung im Einzelzimmer.

Während der ganzen Dauer der Behandlung muß der Herztätigkeit ein besonderes Augenmerk geschenkt werden. Bei den Kollapszuständen verzettle man nicht die Zeit mit Strophantus, Kampfer usw., was nur fruchtlos wäre, sondern exzitiere mit dem hier einzig wirksamen Gegengifte, dem Morphin.

Gegen die quälenden Symptome erweisen sich die Hypnotika, Antineuralgika usw. eigentlich so ziemlich wirkungslos. Immerhin kann man schon solatii causa mit Paraldehyd, Veronal usw. nachhelfen (nicht Chloral), mit Antipyrin usw. Dauerbäder erweisen sich auch recht gut. Entschieden zu warnen ist aber vor dem Kokain (vide nächsten Abschnitt). Auch das moderne „Pantopon" setzt nur an Stelle des einen ein anderes Gift, mit welchem dann, oft in Kombination mit Morphium selbst, Mißbrauch getrieben wird. Empfohlen wurde ferner der Gebrauch alkalischer Wässer und Magenausspülungen mit solchen.

Mit der vollzogenen Entziehung ist aber leider das betreffende Individuum noch nicht zugleich gefeit gegen die Gefahr des Morphinismus selbst. Das geringste körperliche oder geistige Unbehagen führt trotz aller guten Vorsätze nur allzu leicht wieder eine Rezidive herbei. Die Prognose quoad Dauerheilung ist beim Morphinismus noch viel ungünstiger als beim Alkoholismus.

Viel kann auch in prophylaktischer Hinsicht geschehen. Wenngleich gewisse Individuen spontan zum Morphium greifen, sind doch in den meisten Fällen die Ärzte schuld an dem Morphinismus. Zu einer Morphiuminjektion soll sich der Arzt überhaupt nur als zu einem ultimum refugium entschließen, wenn jegliche anderen therapeutischen Maßnahmen absolut versagen, auch die interne (!) Anwendung des Opiums. Geradezu als schwerer Kunstfehler sollte es geahndet werden, wenn der Arzt dem Patienten die Spritze samt Lösung selbst überläßt. Leider sind gerade viele der Morphinisten selbst Ärzte. Diese und Apotheker stellen das höchste Kontingent zu den Morphinisten. Gerade aus letzterem Umstande erklärt es sich auch, wieso trotz aller gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen

die Morphinisten so leicht sich die unglaublich hohen Mengen verschaffen können. Nicht selten verabfolgt ein pharmazeutischer „Leidensgenosse“ . ohne jegliches Rezept irgendwelche gewünschte Quantitäten.

## B. Der Kokainismus.

Der Kokainmißbrauch*) datiert in unseren Ländern auf die jüngste Zeit zurück und hängt mit den auf den ersten Blick bestechenden Vorzügen des Kokains bei der Morphiumentziehungskur zusammen. Die Folgen müssen aber ebenso deletär genannt werden wie die des chronischen Morphinismus.

Die Vergiftungserscheinungen treten viel rascher und stürmischer auf. Das schnell sich entwickelnde körperliche Siechtum ähnelt dem beim chronischen Morphinismus; rapides Sinken des allgemeinen Ernährungszustandes, Daniederliegen der geschlechtlichen Funktionen, Schlaflosigkeit, greisenhaftes Aussehen, Tremores sind die hervorstechendsten Symptome; die Pupillen sind dabei meist mydriatisch.

Die psychischen Störungen sind aber beim Kokainismus viel ausgeprägter. Es kommt zu Geistesstörungen s. str., abgesehen von allgemeinen Veränderungen der Psyche, wie Reizbarkeit, Abnahme der Arbeitsfähigkeit, Willensschwäche, Abstumpfung der moralischen Gefühle. Man beobachtet Delirien, wobei besonders auffallend die Visionen multipler kleinster Tiere sind (Flöhe, Läuse, Krätzmilben), die auch mit den entsprechenden Gefühlshalluzinationen einhergehen (Hautjucken). Außerdem kommt aber noch echte Wahnbildung vor, ganz vom Typus der Paranoia (Persekutionsideen, besonders häufig ist der Eifersuchtswahn), Gehörstäuschungen stellen sich ein, grob obszönen, beschimpfenden Inhaltes, Gedankenlautwerden usw.. Die deliriösen Zustände sowohl wie der Kokainwahnsinn entwickeln sich sehr rasch; erstere schwinden schnell, schon nach wenigen Tagen, sobald das Gift ausgesetzt wurde, während die Wahnbildung die Abstinenz noch viele Wochen, ja Monate überdauern kann.

Die Abstinenzerscheinungen bei plötzlicher Entziehung scheinen im allgemeinen nicht so stürmisch zu sein wie beim Morphinismus, doch wurden auch hier Kollapse beobachtet.

Während die akuten Erscheinungen der chronischen Kokainvergiftung einer verhältnismäßig raschen Ausgleichung zugänglich sind, ist die Gefahr des Rezidivierens hier vielleicht noch größer als beim

---

*) Neuerdings kommt immer mehr das Kokainschnupfen auf neben den subkutanen Injektionen.

Morphinismus. Eine Entziehungskur läßt sich mit einiger Sicherheit auf Erfolg auch hiebei nur im Rahmen einer geschlossenen Anstalt durchführen.

Der Ätiologie entsprechend liegt meist eine Kombination von Morphinismus und Kokainismus vor.

* * *

Eine andere große Gruppe der psychopathischen Minderwertigkeiten läßt sich zusammenfassen unter dem Namen: „Die Zwangsvorstellungen“ (siehe nächstes Kapitel).

XVIII. KAPITEL.

# „DIE ZWANGSVORSTELLUNGEN".

Die letzten Ausläufer der sogleich näher zu besprechenden psychischen Störungen verlieren sich unmerklich in die Gebiete der „physiologischen" Pedanterie, der Sklaven der Gewohnheit, der übertrieben gewissenhaften Naturen, des „Aberglaubens" usw. Es geht jemand eilfertig die Treppe hinunter und erblickt auf einer Stufe einen Apfelsinenkern oder dergleichen. „Wie leicht hättest du da ausgleiten und dir vielleicht ein Bein brechen können," ist der nächste Gedanke, dem sich aber unmittelbar die Vorstellung anschließt, daß dasselbe einem anderen Passanten auch widerfahren könne, daß man durch seine Gleichgiltigkeit indirekt mitschuldig würde an diesem Unfalle; der Gedanke wird weiter ausgesponnen, setzt sich immer mehr und mehr fest, und schließlich muß der Betreffende, der vielleicht mittlerweile schon auf der nächsten Straße angelangt war, wieder umkehren und das bedenkliche Objekt eigenhändig aus dem Wege räumen. Ein anderes Beispiel: Eine Dame ist gewohnt, vor dem Einschlafen andächtig das Kreuzzeichen zu schlagen. Eines Tages, durch äußere Verhältnisse ungewöhnlich ermüdet, nickt sie, im Bette liegend, während des Abendgebetes ein, entreißt sich selbst aber durch eine krampfhafte Anstrengung dem Schlafe, um das verabsäumte Kreuzzeichen nachzuholen; allein sie findet jetzt sobald nicht Ruhe; während der ersten hypnagogen Halluzinationen quält sie der Gedanke, diesmal nicht mit der nötigen Inbrunst und Andacht ihrer religiösen Verpflichtung nachgekommen zu sein, sie hat vielleicht schon halb geschlafen, wieder weckt sich die Person selbst auf, betet unter peinlichster Anspannung ihrer ganzen Aufmerksamkeit, will beruhigt einschlafen, als sich im Halbschlummer dieselbe Befürchtung neuerdings wiederholt. Das kann sich vielleicht noch einige Male in derselben Weise abspielen. Ein Dritter, der gewohnt ist, in seinem Heim die peinlichste Ordnung zu halten, alle Gegenstände möglichst symmetrisch zu stellen, Schriftstücke parallel zur Kante des Schreibtisches zu legen usw., begibt sich zu seinem Amtschef, um ein wohlvorbereitetes Referat zu unterbreiten. Aber auf dem Arbeitstische des Gestrengen herrscht

eine malerische Unordnung. Der Vortragende stutzt, wie gebannt haften seine Blicke an den aufs Geratewohl hingeworfenen Aktenstücken, er stottert, verwirrt sich; endlich muß er während des Redens, rein automatisch, das Papierstück hier, die Bleifeder dort, anders legen, zurechtschieben usw., bis er erleichtert seinen Vortrag nun fließend beenden kann.

Den genannten Beispielen lassen sich noch tausend andere aus dem täglichen Leben anreihen. Hier handelt es sich um geistig völlig integre Individuen. Allein fließend führen diese Zustände hinüber zu den eigentlichen Zwangsvorstellungen, d. h. bestimmte Vorstellungen drängen sich dem Kranken wider seinen Willen beständig auf, es besteht dabei vollständige Krankheitseinsicht, d. h. Verständnis für das Grundlose der Befürchtung, für das Unsinnige und Zwecklose bestimmter Grübeleien usw. Jeder Versuch aber, die betreffenden isolierten Vorstellungen zu unterdrücken, erweist sich als ohnmächtig, scheitert an intensiven Unlustgefühlen (Angst, Beklemmung usw.), die nicht früher vergehen, ehe nicht der einmal begonnene Gedankengang ein wenigstens vorläufig spontanes Ende genommen.

Was den konkreten Inhalt der einzelnen Zwangsvorstellungen anbelangt, kann derselbe alle möglichen Formen annehmen. Die Zahl der einzelnen Typen ist Legion. Hier seien nur die wichtigsten Beispiele angeführt, wobei bemerkt zu werden verdient, daß sehr häufig bei einem und demselben Kranken mehrere verschiedenartige Zwangsvorstellungen bestehen.

Einer Gruppe von Zwangsvorstellungen („folie de doute", Zweifelsucht) ist gemeinsam die Befürchtung, durch irgend eine Tat oder Unterlassung Schaden gestiftet zu haben. Ein Kranker legt ein nach dem Gebrauche ausgelöschtes Streichhölzchen achtsam in die Aschenschale; da überkommt ihn der Gedanke, daß dasselbe vielleicht doch daneben gefallen sein, noch geglüht haben mochte, daß vielleicht beim Anzünden desselben ein Funke zur Seite gespritzt haben und irgendwo weiterglimmen könnte. Der Patient sieht sorgfältigst überall nach, aber kaum daß er sein Gewissen beruhigt, taucht die Befürchtung auf, vielleicht gerade durch das Nachschauen den Inhalt der Aschenschale verschüttet zu haben, abermals peinlichste Revision usw. Ein anderer wird nicht fertig, bei jedem Einkaufe oder dergleichen immer wieder sein Geld zu zählen, jede einzelne Münze genau anzuschauen, vielleicht ist doch eine falsche darunter, vielleicht hat sich der Kaufmann beim Herausgeben geirrt, ihm zuviel gegeben. Ein Dritter braucht viele Stunden zur Abfertigung eines einfachen Briefes, immer wieder quält ihn die Befürchtung, irgendetwas vergessen zu haben; er muß den Brief wiederholt öffnen, immer überlesen, ohne Ruhe finden zu können; er kehrt zwanzigmal

um, um sich zu überzeugen, ob er denn den Brief wirklich in den Briefkasten gesteckt, ob derselbe nicht vielleicht mit einer Kante herausrage, so verloren gehen könnte, ob denn der Brief wirklich frankiert war usw. Bei Ärzten knüpft die Zweifelsucht häufig an die Handlung des Rezeptierens an, ob nicht in der Angabe der Dosis ein Schreibfehler unterlaufen sei o. dgl.

Andere Formen zeichnen sich durch zwangsmäßiges Denken allein aus, während der Inhalt der Vorstellungen an sich ziemlich indifferent ist; der Eine muß, wo immer er sich befindet, zählen, die Anzahl der Fenster an den Häusern, die er passiert, die Zahl der vorüberfahrenden Wagen, Dienstmänner usw. Oft ist damit verbunden ein zwangsmäßiges Operieren mit den einzelnen Ziffern. Die Zahl der Pflastersteine muß zum Kubus erhoben, mit 3 multipliziert werden usw. (Arithmomanie). Ein Zweiter wieder muß sich auf Namen besinnen, auch ganz gleichgiltiger Personen, mit denen er vielleicht ein einziges Mal in seinem Leben zufällig in Berührung gekommen war (Onomatomanie). Derartige Kranke lassen sich oft auf eine höchst kostspielige Korrespondenz ein, um z. B. den Namen irgendeines Schaffners zu eruieren, der ihnen vor wer weiß wie vielen Jahren einmal einen Fahrschein markiert hatte, sie führen oft dickleibige Notizbücher mit sich, mit alphabetisch geordnetem Index, enthaltend die Namen aller erdenklichen Persönlichkeiten.

Oder die Kranken müssen überhaupt in ganz zweckloser Weise über Dinge nachdenken, die ihrem gewöhnlichen Gedankenkreise vollständig fernliegen, über Fragen, die vielfach schlechterdings unbeantwortbar sind (Axiome, metaphysische Probleme). Warum ist 2×2 gerade vier, warum heißt diese Zahl vier, wer ist Gott, wäre Gott auch dasselbe, wenn er einen anderen Namen führte usw., oder es sind Dinge des Alltagslebens, der augenblicklichen Umgebung, welche diese sogenannte „Grübelsucht“ anregen, warum hat das Klavier gerade drei Füße, warum ist es schwarz usw. Einer sehr musikalischen Dame wurde der Genuß jedes Konzertes vergällt, schließlich zur Unmöglichkeit, weil sich ihr stets Fragen aufdrängten, die sich an die Persönlichkeiten der ausübenden Künstler anknüpften. Wie würde der Pianist aussehen, wenn er einen Vollbart trüge, wie wäre es, wenn der Altist an dem Platze des Primgeigers säße, jener an dem Platze des Cellisten usw. Die Zahl der „musikalischen“ Zwangsvorstellungen ist übrigens ebenfalls eine außerordentlich große. Ein feinfühlender Musiker wird z. B. kontinuierlich von dem allerordinärsten Gassenhauer oder „Salonschmachtfetzen“ verfolgt, ein anderer muß sich zwangsmäßig plötzlich auf das Thema des Mittelsatzes irgend eines vor langer Zeit einmal gehörten Stückes besinnen usw. usw.

Während in den Beispielen von „Grübelsucht“ und der „-manen“ der Inhalt der Zwangsvorstellungen an sich gleichgiltig genannt werden kann, ist in anderen Fällen schon das Objekt der Zwangsgedanken an sich höchst peinlicher Art.

Dahin gehören z. B. obszöne Vorstellungen gemeinster Art, die bei allem Widerstreben nicht aus dem Bewußtsein verdrängt werden können und sich häufig desto intensiver einstellen, je ängstlicher der Kranke bemüht ist, dieselben nicht aufkommen zu lassen, ja nicht „daran“ zu denken. Namentlich spielen obszöne Gedanken während religiöser Übungen eine große Rolle, drängen sich dem Betenden auf usw., wie überhaupt gerade an Vorstellungen auf dem Gebiete der Religiosität die Zwangsideen sehr leicht anknüpfen. Dergleichen Unglückliche brauchen stundenlang zur Verrichtung eines einfachen Vaterunser, weil sie das Gebet stets durch eine plötzlich aufschießende obszöne Idee entweiht zu haben fürchten, neuerdings beginnen müssen. Hieher gehört wohl auch die Erythrophobie (Furcht, in Gesellschaft plötzlich erröten, dadurch die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich lenken zu müssen), ein Zustand, der sich unmerklich in das Gebiet der physiologischen „Befangenheit“ verliert.

Zwangsvorstellungen letzterer Art lenken hinüber zu einer anderen großen Gruppe, bei welchen es sich um die Befürchtung dreht, eine bestimmte, unanständige oder sogar verbrecherische, von dem Individuum als höchst verabscheuungswert empfundene Handlung begehen zu können.

Die Kranken haben Angst, während einer Theatervorstellung plötzlich „Feuer“ schreien zu müssen, während eines feierlichen Augenblickes die weihevolle Stille durch einen gewaltigen Flatus zu stören, statt einer schönen Ansprache ein unflätiges Schimpfwort hervorzubringen, mit spitzen Gegenständen jemanden zu verletzen, eine geliebte Person oder sich selbst umbringen zu müssen. Bei diesen Zwangsbefürchtungen kommt es aber nie zur Tat.

Im Anschluß an diese Zustände, wo also die Befürchtung, irgend eine bestimmte Handlung zu vollführen, das Wesen der Zwangsvorstellung ausmacht, möge die große Gruppe der sogenannten „Phobien“ erörtert werden. Eine Art z. B. ist unter dem Namen „folie de toucher“ bekannt. Eine Person fürchtet, sich Grünspan auf die Finger und damit irgendwie in die Speisen, in den Mund zu bringen, sie vermeidet ängstlich die Berührung irgendwelcher Messinggegenstände, der Türklinke usw., dann von Metall überhaupt, wäscht sich hundertmal im Tage, geht nur mit bekleideten Händen einher. Bei weiblichen Individuen kommt gelegentlich das Leiden im unmittelbaren Anschlusse an die Hochzeitsnacht zum ersten Male zum Ausbruche, hat die Befürchtung zum Inhalte, daß an ihren

Fingern Sperma kleben geblieben sein konnte. Im Zeitalter der „populär-wissenschaftlichen" Vorträge nimmt diese spezielle Zwangsvorstellung häufig den Charakter der Bakterienfurcht an. Derlei Kranke führen eine qualvolle Existenz, ihr ganzes Tagewerk besteht in stetem Sichwaschen, Sichdesinfizieren u. dgl. Dergleichen Zustände leiten hinüber zu den so häufigen „Hypochondern" im Sinne der Laien, peinlich für ihre Gesundheit besorgten Leuten, welche die Suppe nur genießen, nachdem deren Temperatur womöglichst mittels des Thermometers bestimmt ist, die in kein öffentliches Lokal gehen können, ohne vorher gewissenhaft alle Fenster- und Türverschalungen geprüft zu haben, ob nicht irgendwoher eine „Zugluft" kommt, welche die Getränke filtrieren, damit nicht vielleicht ein Glassplitter darin verborgen sein könne usw.

Unter dem Sammelnamen der Phobien versteht man auch Zustände starker Angst und Beklemmung, die an sich oft inhaltslos sind, geradezu an das körperliche Angstgefühl z. B. bei einem stenokardischen Anfalle erinnern, welche aber geknüpft sind an bestimmte Situationen, z. B. eine eigentümlich lähmende Angst, welche das Gehen ganz unmöglich macht, wenn die Kranken einen freien Platz oder eine breite Straße überqueren sollen (Agoraphobie, „Platzangst"). Auch hier, wie überhaupt bei den Zwangsvorstellungen, sind sich die Patienten des Krankhaften, des Unsinnigen der Störung wohl bewußt, können ihrer aber nicht Herr werden. Es genügen aber ganz unbedeutende äußere auxiliäre Maßregeln, um die Angst sofort zum Schwinden zu bringen. Der Kranke mit heftiger Platzangst ist z. B. sofort von seiner Beklemmung befreit, wenn er den ihm unüberwindlich scheinenden Weg in Gesellschaft eines Anderen, und sei es auch eines kleinen Kindes, zurücklegen kann. In dieselbe Gruppe gehört das Angstgefühl beim Aufenthalt in verschlossenen Räumen (Claustrophobie), das sofort verschwindet, wenn in dem Raume eine Tür geöffnet wird, oder der Kranke sich wenigstens in unmittelbarster Nähe einer Pforte befindet. Ein sonst sozial fähiger Kranker trachtete, wo immer er einen Besuch machen mußte, nicht nur in Privat- und Geschäftshäusern, sondern auch in Ämtern, die Türschlüssel einzustecken; er war dann völlig beruhigt, jederzeit ins Freie gelangen zu können. Alle diese Beispiele lassen sich leicht ins Ungezählte vermehren.

Der Ätiologie nach sind die Zwangsvorstellungen, wie schon erwähnt, nur eine der zahlreichen Erscheinungsformen der „dégénérescence mentale".*) Die Zwangsvorstellungen können aber auch

*) So findet sich auch eine Kombination echter Zwangsvorstellungen mit der typischen „maladie des tics", wobei es auch zu zwangsmäßiger Koprolalie, Echolalie und Echokinesis kommen kann. Oft besteht familiär arthritische Disposition.

auf dem Boden einer erworbenen psychopathischen Minderwertigkeit sich entwickeln, also auch bei der sogenannten „erworbenen Neurasthenie“ vorkommen, ebenso, wie Kapitel I und V, B, a erwähnt, bei melancholischen Zustandsbildern.

Recht oft läßt sich das Auftreten der Zwangsvorstellungen auf ein bestimmtes äußeres Ereignis zurückführen, auf irgend eine Situation, die für den Betreffenden mit besonderer gemütlicher Erschütterung einherging. Bei einem meiner Kranken, einem vorher ganz gesunden 50 jährigen Manne, entwickelte sich eine schwere typische „Onomatomanie“, als derselbe von seinem Amtschef wegen einer unrichtig geschriebenen Namensadresse einen scharfen Verweis erhalten hatte, den sich der ungemein gewissenhafte Herr besonders zu Herzen nahm. Sehr häufig aber entstehen die Zwangsvorstellungen anscheinend ganz spontan, lassen sich in ihren Anfängen schon bis in die frühe Jugend der betreffenden Kranken verfolgen.

Die Prognose bezüglich Dauerheilung ist recht ernst, selbstverständlich ein wenig besser für diejenigen Fälle, bei welchen es sich nicht um eine kongenitale psychopathische Konstitution handelt. Die Fälle können eine ganz bedeutende Hartnäckigkeit zeigen; ja viele Kranke werden zeitlebens nicht mehr frei von ihren Zwangsvorstellungen, mit denen sie sich schließlich recht und schlecht durch allerlei selbst ersonnene Maßregeln und Kunstgriffe abzufinden wissen. Ein Kranker z. B. mit intensiver Zweifelsucht setzte sich selbst die Zahl 5 als Maximum, d. h. er las jeden Brief nur fünfmal, ehe er ihn der Post anvertraute, war aber dann beruhigt; er mußte nur fünfmal vor dem Schlafengehen zur Türe eilen, um zu sehen, ob dieselbe wirklich verschlossen sei usw. Eine Kranke mit Agoraphobie half sich, indem sie stets ein Fläschchen mit Validoltropfen bei sich trug usw. Gar nicht selten treten die Zwangsvorstellungen in eigentümlichen krisenartigen Anfällen auf, erreichen zu gewissen Zeiten eine besonders qualvolle Intensität, um nach einigen Wochen für mehr minder lange Zeit ganz oder nahezu ganz in den Hintergrund zu treten; und zwar sieht man dies bei Fällen, die sonst keinerlei Zeichen einer periodischen Geistesstörung (Melancholie) aufweisen.

Die Prognose quoad intellectum ist absolut günstig zu stellen. Ein Ausgang in geistige Schwäche kommt nicht vor, ebensowenig Übergang in eine der eigentlichen Geistesstörungen, welche Befürchtung von sehr vielen derartigen Patienten gehegt wird. Natürlich kann bei einem Hereditarier, welcher jahrelang an reinen Zwangsvorstellungen gelitten hatte, gelegentlich auch eine Psychose s. str. sich entwickeln; ich sah z. B. einmal eine Paranoia bei einem Patienten entstehen, der seit Jahr und Tag nur Zwangsideen geboten hatte, und dessen Vater an Paranoia erkrankt gewesen war. Der Kranke erklärte dann, als

Paranoiker, daß ihm die Zwangsvorstellungen auch „gemacht“ worden waren durch „Telepathie“ usw.; er war übrigens — bemerkenswerterweise — mit Fortschreiten der Paranoia von den Zwangsvorstellungen befreit. — Allein derlei Fälle haben eben lediglich kasuistisches Interesse; es handelt sich dabei um ein zufälliges Zusammentreffen. In sehr seltenen Fällen bilden Zwangsvorstellungen Jahre hindurch Initialsymptome einer Dementia praecox.

Therapeutisch kommen in Betracht der Hypnotismus, der übrigens hier durchaus nicht ein absolut sicheres Heilmittel genannt werden kann, vor allem möglichst intensive Ablenkung*) (Beschäftigungstherapie). Geradezu warnen möchte ich auf Grund persönlicher Erfahrung vor der Anwendung der „Psychoanalyse“. Ich kenne mehrere Fälle, deren Zustand durch dieses Verfahren bedeutend verschlimmert worden ist, die nach mehrjähriger (!) derartiger Behandlung überhaupt nicht mehr ein und aus wußten vor der Fülle neu erweckter Zweifel und Grübeleien. Ein allgemein roborierendes Regime, das um so nötiger ist, als viele Kranke durch ihren qualvollen Zustand körperlich stark herabkommen, Abstinenz von allen Nervengiften (wie Alkohol, Nikotin), die Präparate von Fellow, Hell, das Lezithin (Clin) usw. mögen hier aufgezählt werden. In Fällen, bei welchen der Angstaffekt besonders im Vordergrunde steht, wird man zeitweilig auch zum Opium greifen müssen. Man sieht dabei nicht selten, daß die Kranken zwar ihre Zwangsvorstellungen nicht loswerden, denselben aber nicht mit der quälenden Angstempfindung gegenüberstehen und daher leichter durch Beschäftigung abgelenkt werden, leichter ihren Obliegenheiten nachkommen können.

Recht zahlreiche Fälle werden überhaupt nicht besser, geschweige denn geheilt, solange der Kranke sich unter seinen gewöhnlichen Verhältnissen befindet. Hier empfehlen sich recht die verschiedenen Nervenheilstätten, Kaltwasseranstalten usw. mit ihrem komplizierten Apparate, der ein genaues Individualisieren gestattet, und dem ständigen psychotherapeutischen Einflusse des Arztes. Ungemein segensreich sind hier die „Volksheilstätten für unbemittelte Nervenkranke“ (womit in Deutschland bereits der Anfang gemacht wurde und deren zwei ja jetzt auch in Wien errichtet wurden). Eine Irrenanstalt, wohin der eine oder der andere Kranke wegen eines Selbstmordversuches gelegentlich gebracht wird, ist ja selbstverständlich nicht die richtige Stätte für derartige Patienten.

*) So manchen ehemaligen Patienten sah ich im Kriege, z. B. gelegentlich eines Fronturlaubes, wieder. Auch keinen Augenblick lang wurden sie im Felde von ihren alten Zwangsvorstellungen heimgesucht, wie sie übereinstimmend berichteten.

## XIX. KAPITEL.

# DAS IMPULSIVE IRRESEIN.

(Die krankhaften Triebhandlungen.)

Das Wesentliche dieser eigenartigen Form des Entartungsirreseins liegt in dem Auftreten unbezwinglicher Triebe, welche ihre krankhafte Genese vor allem in der vollständigen Motivlosigkeit der konkreten Handlungen erkennen lassen. Die Individuen selbst vermögen keinen anderen Grund anzugeben, als daß ihnen die unwiderstehliche „Lust" kam, daß es ihnen „so eingefallen sei", daß sie es haben „tun müssen". Zuweilen nach einem gewissen inneren Widerstande, am häufigsten aber ohneweiters, geradezu reflektorisch, wird die betreffende Handlung ausgeführt. Der konkrete Antrieb kann dauernd vorhanden sein, tritt nur episodisch stärker in Erscheinung, z. B. bei der Schwangerschaft, zuweilen mehr minder periodisch, bei weiblichen Individuen z. B. menstruell, oder es spielt wieder der Alkohol seine berüchtigte hemmungsschwächende provokatorische Rolle. Oft geht die Vorstellung der Tat selbst schon mit lebhaften Lustgefühlen einher, und zwar häufig mit solchen sexueller Art. Manche Fälle einer abnormen Richtung und Betätigung des Sexualtriebes gehören hieher. Der Versuch, dem Antriebe im konkreten Falle zu widerstehen, führt sogleich heftige Unlustgefühle herbei, speziell quälende Angstempfindungen, welche nun häufig endlich so unerträglich werden, daß dem Zwange nachgegeben wird, worauf sofort Erleichterung und Beruhigung eintritt, während der Trieb selbst vorläufig vollständig unter die Schwelle des Bewußtseins sinkt. Viele derartige Fälle sind epileptischer Genese, sei es, daß es sich um Reaktionen auf periodische Verstimmungszustände handelt, sei es um echte Dämmerzustände (vide Kap. XIII); andere verlieren sich fließend, der Gesundheitsbreite zu, z. B. in die „Sammler" usw.

Bei vielen derartigen Individuen tritt das impulsive Handeln nur zur Zeit der Geschlechtsreife in Erscheinung, während sich die bestimmte Neigung zwar retrospektiv schon bis in die Kindheit zurückverfolgen läßt (die Exploration der Träume (!) liefert hier recht oft interessante Aufschlüsse), aber nicht in die entsprechende Handlung

umgesetzt wurde und auch im späteren Alter durch genügende Hemmungen unterdrückt werden kann. Bei vielen anderen wieder besteht der krankhafte Trieb lebenslänglich, dauernd oder — wie schon bemerkt — episodisch.

Auch hier begegnen wir einerseits kontinuierlichen Übergängen in das Seelenleben Normaler, wie anderseits Kombinationen mit anderen Zügen der psychischen Entartung. Einer unserer Kranken z. B. war ein Gewohnheitsdieb und daneben echter Kleptomane, d. h. neben Zweckdiebstählen eignete sich Patient alle erdenklichen, absolut wertlosen Gegenstände an, deren er überhaupt habhaft werden konnte (alte Zeitungen, andere gebrauchte Drucksorten usw.). Auch in der Anstalt setzte Patient dieses Treiben fort. Er versuchte es, anderen Kranken nicht nur Geld und Eßwaren zu stehlen, sondern seine Taschen waren auch vollgepfropft mit weggeworfenen Hemdknöpfchen, Stahlfedern, Bleifederstümpfchen, Zeitungen und ähnlichem Kram; derselbe Patient bot außerdem neben klar zu erkennenden Zweck- und Notlügen in ausgeprägter Weise das Symptom der Pseudologia phantastica. Es nimmt bekanntlich die „Sammelwut" auch nicht so selten Dimensionen an, welche von Diebstahl und Kleptomanie eigentlich nur mehr dem Namen nach verschieden sind. Mancher normale „Sammler", der einen sonst durchaus moralischen Lebenswandel führt, der höchst beleidigt wäre, wollte man ihn irgend einer unhonorigen Handlung fähig halten, macht sich kein Gewissen daraus, selbst auf kriminelle Weise sich in den Besitz eines besonders wertvollen Objektes zu setzen, das in die Sammlung gerade paßt. Nicht wenige der zahllosen „Steckenpferdreiter" gehören eigentlich schon in die hier in Rede stehende Gruppe psychischer Anomalien. Glücklicherweise kommt ihnen meist keine forensische Bedeutung zu.

Was die konkrete Richtung des impulsiven Triebes anbelangt, so seien nur einige der forensisch wichtigen angeführt, wobei aber besonders hervorgehoben werden muß, daß erfahrungsgemäß die verschiedenen krankhaften Triebe in der Regel bei einem und demselben Individuum gleichzeitig vorzukommen pflegen.

Bei der **krankhaften Stehlsucht** (**Kleptomanie**) werden ohne jeglichen verständigen Beweggrund Diebstähle begangen. Das Gestohlene wird keineswegs weiterverwendet, sondern unmittelbar nach der Tat weggeworfen, vernichtet, zurückerstattet oder für immer unbenutzt versteckt; bei Hausdurchsuchungen fand man gelegentlich ganze Warenlager gestohlener Gegenstände, oft von einer gewissen Gleichförmigkeit, z. B. nur Uhren oder nur Taschentücher usw. Es liegt nicht materielle Not vor; das Zehn-, das Hundertfache der gestohlenen Objekte könnte sich das Individuum leicht verschaffen; Stellung, gesellschaftliche Ehre, hohe soziale Position, wird blind-

lings aufs Spiel gesetzt. Gerade hier lassen sich öfter sexuellpathologische Momente nachweisen (Fetischismus, „Sammler“ von Taschentüchern, Schuhen, „Zopfabschneider“ usw., oder die Angst an und für sich vor der Entdeckung während des Deliktes selbst ist Quelle sexuell betonter Lustgefühle). Andere dieser Fälle lassen deutlich den Übergang erkennen zu der skrupellosen Sammelwut enragierter Philatelisten, Numismatiker usw. oder, wie schon gesagt, zu Gewohnheitsdiebstählen.

In anderen Fällen nimmt der konkrete Trieb das Bild der sogenannten Pyromanie an, der impulsiven Brandstiftung. Die Lust am flackernden Feuer (oft bis in die Kindheit zurückzuverfolgen oder auch wieder mit sexueller Erregung verknüpft) treibt ohne Hemmung diese Individuen zum Brandstiften. Irgend ein Motiv, wie Rachsucht, Spekulation auf Assekuranzprämie o. dgl., mangelt völlig. Die Tat wird ohne Überlegung, planlos, automatisch ausgeführt.

Noch verhängnisvoller sind die sogenannten homiziden Impulse, der Antrieb zu töten oder zu verletzen, wobei die Individuen oft mit besonderer Tücke vorgehen (Giftmord!). Auch hier wieder lassen sich zuweilen sexuelle Momente nachweisen (vide Sadismus, Kap. XX); beim echten impulsiven Irresein aber fehlt jeglicher Beweggrund; die Mordtat wird verübt ohne Rachsucht, ohne Zorn, ohne gewinnsüchtiges Motiv; die unglücklichen Opfer werden hinterher vielleicht noch bedauert.

Wieder in anderen Fällen handelt es sich um einen krankhaften Wandertrieb, der selbstverständlich im Militärverhältnisse, speziell zu Kriegszeiten, von großer forensischer Wichtigkeit ist. Auch hier muß auf die Vorgeschichte besonderes Gewicht gelegt werden. Derlei Individuen waren schon als Kinder unverbesserliche „Durchgänger“. Auf Kleinigkeiten hin, sehr oft aber ganz ohne Motiv, brennen die Kleinen durch, irren tagelang umher, unternehmen manchmal erstaunlich weite Reisen, bis sie, verwahrlost und erschöpft, spontan zurückkehren; zwischen den einzelnen Entweichungen können diese Kinder sehr brav und fleißig sein. Später wechseln diese Kranken zahllosemal den Posten, lassen mit einem Male Knall und Fall die Arbeit stehen, gehen auf die Wanderschaft („Walz“), in jeder neuen Stellung arbeiten sie zunächst zur vollen Zufriedenheit, doch nirgends duldet es sie lange. Einer meiner Patienten, ein bekannter „Spitalsbruder“, der auf jede erdenkliche Art immer wieder die Aufnahme in die Anstalt zu erzwingen wußte, ging ebenso regelmäßig nach einigen Monaten durch, um, einige Tage später, reumütig sich selbst zu stellen. „Wenn ich in der Zeitung einen Fahrplan sehe oder von der Ferne die Lokomotive pfeifen höre, packt es mich plötzlich, es wird mir so eigen weh ums Herz, und ich muß fort“, war seine stereotype Angabe. Beim Militär sind es Soldaten, die nicht selten

im übrigen tadellos konduisiert sind. Einer meiner Fälle ward z. B. als vor dem Feinde hervorragend tapfer geschildert.

Die intellektuelle Begabung weist sehr häufig keine gröberen Defekte auf; zuweilen besteht nebenbei ein mehr minder hoher Grad von Imbezillität. Dafür lassen sich meist andere Erscheinungen der allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit konstatieren, verschrobenes, bizarres, exzentrisches Wesen, Unstetigkeit, Labilität der Stimmung, in körperlicher Hinsicht gehäufte Degenerationszeichen, verschiedene Tics in der Motilität usw. Nahezu ausnahmslos liegt schwere erbliche Belastung vor; Kombination mit Hysterie und Epilepsie, mit moralischem Schwachsinn usw. ist nicht selten.

Vielfach läßt sich nachweisen, daß der betreffende Trieb mehr minder dauernd vorhanden ist, aber bei normalen Bewußtseinsqualitäten durch entsprechende Gegenvorstellungen unterdrückt werden kann, daß ihm also im allgemeinen das Kriterium der Unwiderstehlichkeit nicht zukommt; er gewinnt aber dann sofort die Oberhand, wenn der Zustand des Bewußtseins irgendwie pathologisch verändert wird, z. B. unter dem Einflusse von Alkohol (!). Von diesen Gesichtspunkten aus dürfen wohl auch gewisse stereotype kriminelle Handlungen bei Epileptikern beurteilt werden, vielleicht auch der Umstand, daß bei weiblichen Individuen das Auftreten der betreffenden „Monomanie“ häufig streng menstruellen Typus zeigt, daß krankhafte Triebhandlungen hie und da jahrelang das einzige Initialsymptom einer Dementia praecox bilden können usw.

Die Diagnose ist durchaus nicht immer leicht. Es muß vor allem eben der Nachweis des Motivlosen, des Zwangsmäßigen gelingen. Es ist hier aber zu erwägen, daß sogar ein von dem Kranken selbst angegebener Beweggrund nicht gegen die krankhafte Natur des Triebes spricht. Einerseits wird manchmal ein Motiv angegeben, welches zwar real sein mag, an und für sich jedoch als nicht genügend zu erkennen ist, wenn nicht die Tat in der krankhaften Disposition schon ihre Vorbedingungen gehabt hätte. Noch häufiger handelt es sich anderseits überhaupt nur um einfache nachträglich von dem Patienten konstruierte Erklärungsversuche für die in Wirklichkeit motivlose Tat. Nur genaue Erhebung der Anamnese und eingehende strenge individualisierende Analyse des einzelnen konkreten Falles wird hier zur Diagnose verhelfen. Der Gerichtsarzt hat da nicht selten einen schweren Stand dem Drängen „psychiatrisch gebildeter“ Verteidiger gegenüber. Nicht gerade differentialdiagnostisch absolut verwertbar, allein immerhin bis zu einem gewissen Grade kennzeichnend scheint auch das Verhalten der Individuen beim Examen zu sein. Gerade der wirkliche Kleptomane zeigt sich sehr häufig in seinen Angaben auffallend zurückhaltend

und verstockt, läßt sich nähere Einzelheiten nur widerwillig und zögernd entlocken, während der Simulant sich nicht genug tun kann in der spontanen Ausmalung seiner psychiatrisch gefärbten Autobiographie. Die Kombination mehrerer Erscheinungsformen des impulsiven Irreseins bei demselben Individuum, die (selbstverständlich vorsichtige und unter Vermeidung jeglicher Suggestivfrage angestellte) Exploration des Traumlebens, das Auftreten im Pubertätsalter, während einer Schwangerschaft und dergleichen vermag gleichfalls auf die richtige Spur zu leiten.

Bezüglich der forensen Wertung muß wohl der Standpunkt vertreten werden, daß der Nachweis eines krankhaften Triebes allein noch nicht zur Exkulpierung genügt — nur als mildernder Umstand kommt er in Betracht —, wenn nicht andere Momente tempore delicti vorliegen oder dauernd bestehen, welche den Bedingungen des Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen entsprechen (epileptischer Dämmerzustand, Berauschung, Schwachsinn usw. usw.).

Viele dieser Kranken werden wegen ihrer Gemeingefährlichkeit anstaltsbedürftig. Die Erfolge der Suggestionstherapie sind nicht eben glänzende zu nennen. Absolute Abstinenz von Alkohol ist dringend notwendig. In prophylaktischer Hinsicht muß besonders die Wichtigkeit einer verständigen Erziehung betont werden, welche regulierend und hemmend in das sich regende Triebleben des heranwachsenden Kindes eingreift.

XX. KAPITEL.

# PSYCHOPATHIA SEXUALIS.

Sexuelle Erregung und Befriedigung erfolgen hier auf nicht adäquate Reize hin, nicht unter den physiologischen Bedingungen. In derartigen Fällen kann fast ausnahmslos konstatiert werden, daß das Sexualleben selbst schon in früher Zeit sich zu regen begann, der sexuelle Trieb anderseits bedeutend gesteigert ist.

Der Mechanismus der meisten hieher gehörigen Störungen des Geschlechtslebens dürfte wohl folgender sein. Die zufälligen Nebenumstände, unter denen geschlechtliche Empfindungen zum erstenmal überhaupt in das Bewußtsein des betreffenden Individuums traten, wirken bestimmend für die ganze zukünftige Richtung des Geschlechtstriebes; die assoziative Verbindung zwischen ihnen und der sexuellen Erregung wird zu einer unzerreißbaren, festgefügten derart, daß eine Wiederkehr jener bestimmten einen Situation stets neuerdings wollüstige Erregung hervorruft, umgekehrt diese aber durch irgendwelche andere Reize nur in geringem Grade, ja manchmal überhaupt nicht ausgelöst werden kann.

Der Eine empfand seinen ersten geschlechtlichen Trieb beim Anblicke badender Schulkameraden und wird in der Folge nur durch den Anblick nackter Knabengestalten sexuell aufgeregt, ein Anderer wird als Schuljunge zur mutuellen Onanie verführt und behält diese Art sexuellen Verkehrs nun dauernd bei, beim Dritten war es weibliche Wäsche, deren Anblick oder Betastung zufällig koinzidierte mit dem Auftreten der ersten wollüstigen Empfindungen usw.

Die verschiedenen Äußerungsformen geschlechtlicher Perversionen sind ungemein zahlreich; einzelne wurden unter bestimmten Bezeichnungen beschrieben. Das Wesentliche liegt überall, wie erwähnt, darin, daß nicht normale, physiologische Reize hier sexuell erregend wirken, sondern völlig inadäquate. Es darf dabei nicht übersehen werden, wie wichtig die Rolle der sozusagen „außersexuellen" Assoziationen auch im Geschlechtsleben Gesunder ist, wie viel hier Gewohnheit, Lektüre, Individualität in Betracht kommen. Auch die krassen Fälle der Psychopathia sexualis haben bis zu einem gewissen Grade ihr

Analogon in der vita sexualis Normaler, führen zu derselben hinüber durch alle möglichen Zwischenstufen. Warum der eine gerade nur für blonde Weiber schwärmt, der andere durch die Klangfarbe der Stimme sofort wie magisch zu einer bestimmten Persönlichkeit sich hingezogen fühlt, warum ein Dritter von einem ihm bisher höchst sympathischen weiblichen Wesen mit einem Male sich durchaus degoutiert fühlt, weil er nun erst die schlecht gepflegten Fingernägel der Angebeteten gesehen: alles dies gehört ja eigentlich schon zu den direkten Ausläufern des sogleich näher zu erörternden Fetischismus.

Alle die verschiedenen Formen einer abnormen Betätigung des Geschlechtstriebes können erstens symptomatisch auftreten bei den verschiedenartigsten Geistesstörungen s. str., so in epileptischen Dämmerzuständen, bei der Dementia senilis und paralytica, in pathologischen Rauschzuständen, bei manischen Phasen, bei Imbezillen usw. In sehr vielen anderen Fällen besteht keine eigentliche Geisteskrankheit. Die Anomalie des Geschlechtslebens steht zwar nicht isoliert da, insofern alle die im folgenden zu skizzierenden Spielarten der „Psychopathia sexualis" so gut wie ausschließlich bei von Haus aus abnormen Charakteren vorkommen, nur eine gerade besonders bedeutungsvolle Erscheinung einer allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit darstellen; allein von einer Geisteskrankheit kann nicht die Rede sein, auch wenn sich in concreto mit Sicherheit nachweisen läßt, daß die abnorme Richtung und Betätigung des Sexualtriebes eine originäre Anomalie und nicht vielleicht eine Perversität ist.

Von den einzelnen Formen sexueller Anomalien seien hier nur die wichtigsten angeführt.

Vielleicht die häufigste, jedenfalls aber forensisch bedeutsamste Erscheinung der Psychopathia sexualis ist die

## Homosexualität.

(Konträre Sexualempfindung.)

Hier bezieht sich das ganze Sexualleben (nicht nur in rein physischer, sondern auch psychischer Hinsicht) auf das gleichartige Geschlecht, während diese Individuen dem anderen Geschlechte gegenüber häufig nur Gleichgiltigkeit, nicht selten sogar geradezu Abscheu und Ekel empfinden.

Die konträre Sexualempfindung äußert sich bis in die geringsten Einzelheiten genau so wie der heterosexuelle Trieb; wie die physiologische Liebe eine ganze lange Skala von Gefühlen durchläuft, von platonischem Anschwärmen, Galanterien usw. angefangen bis zum brünstigen Koitus, so begegnen wir unter den Homosexuellen auch schwärmerischen Freundschaftsbündnissen mit Gedichten und

begeisterten Hymnen auf die seelischen Vorzüge des geliebten Objektes einerseits, groben sinnlichen Exzessen anderseits (mutuelle Onanie, Coitus inter femora, in anum beim Manne, Cunnilinguus, Imitation des Koitus durch einen künstlichen Penis beim Weibe). Schon das Anlegen von Kleidungsstücken des anderen Geschlechtes verschafft manchen derartigen Individuen erotische Lust (Transvestitismus).

Dem anderen Geschlechte gegenüber mangelt, wie erwähnt, häufig jegliche wollüstige Erregung; in nicht seltenen Fällen aber vermögen diese Individuen auch heterosexuell zu verkehren, freilich nur unter geringem Wollustgefühle, manchmal nur unter äußerster Anspannung der Phantasie, um sich während des Geschlechtsaktes den Besitz des geliebten homosexuellen Partners zu vergegenwärtigen. Manche derartiger Individuen fühlen sogar sozusagen „bisexuell".

Da der Beginn der echten Homosexualität nahezu ausnahmslos in frühe Jugend fällt, was nach den einleitenden Worten ohneweiters sich von selbst versteht, erklärt es sich auch, warum z. B. die ersten lasziven, von Pollutionen gefolgten Träume Umgang mit gleichgeschlechtlichen Personen zum Inhalte haben, warum bei masturbatorischen Akten die Ideen sich stets um gleichgeschlechtliche Individuen drehen. Darin eine kongenitale Anlage („weibliche Seele in männlichem Körper" oder vice versa) erblicken zu wollen, liegt kein zwingender Grund vor.

Der § 129, b des österreichischen Strafgesetzes ahndet konträrsexuellen Umgang bei beiden Geschlechtern als diffamierendes Verbrechen, in Deutschland bezieht sich der analoge Paragraph, § 175, nur auf männliche Individuen, in Frankreich und Italien existiert ein diesbezüglicher Paragraph überhaupt nicht. Eine Erörterung der Frage, ob ein derartiger Paragraph überhaupt berechtigt ist, soweit er geschlechtliche Akte erwachsener Personen betrifft, gegenseitige Einwilligung vorausgesetzt, intra muros vorgenommen, also ohne öffentliches Ärgernis zu erregen: eine Erörterung dieser Frage würde zu weit führen. Bedenkt man, daß oft moralisch sonst hochstehende Persönlichkeiten, tüchtige Mitglieder der menschlichen Gesellschaft, durch die Härte eines gerade nur z. B. in Deutschland und Österreich bestehenden Paragraphen schamloser Erpressung ausgesetzt, in ihrer Existenz vernichtet, zu Selbstmord getrieben wurden, so darf diese Frage wohl verneint werden. Unbedingt müssen solche strafgesetzliche Bestimmungen gefordert und beibehalten werden, die auch für die übrigen sexuellen Handlungen Geltung haben, d. h. Schutz der Minderjährigen, Schutz vor Vergewaltigung, Schutz vor gesundheitsschädlichen Folgen und Vermeidung öffentlichen Ärgernisses.

Bei der forensischen Beurteilung derartiger Delikte muß man sich vor allem vor Augen halten, daß auf eine isoliert dastehende Anomalie der vita sexualis gewiß nicht die Bedingungen des mehrfach zitierten § 2, a—c, ö. St. G. zutreffen. Das Fehlen anderer psychischer Störungen vorausgesetzt, muß die strafrechtliche Verant-

wortung im großen und ganzen als vorhanden erklärt werden, selbstverständlich ist aber auch hier streng individualisierendes Vorgehen am Platze. Nebenumstände des konkreten Falles können allerlei Momente mit sich bringen, welche als strafmildernd, ja ausschließend herangezogen werden können (z. B. Berauschung); der Gutachter wird auf eine herabgesetzte Hemmungsfähigkeit, auf eine Intoleranz gegen Alkohol und dergleichen eventuell hinweisen können. Zur Beurteilung der Frage, ob überhaupt im konkreten Falle eine Perversion eines Konträrsexuellen (Urning) vorliegt, oder eine Perversität eines auf neue ungewohnte Reize erpichten Wüstlings, ist die möglichst genaue Erhebung einer sorgfältigen Anamnese natürlich unerläßlich. Gerade diesbezüglich aber sei der Sachverständige auf der Hut, da bei der enormen Verbreitung, welche gewisse bahnbrechende und grundlegende Werke berühmter Autoren über geschlechtliche Verirrungen gefunden, nicht selten der betreffende Inkulpat ganze Stellen aus bewußten Kapiteln sozusagen ad verbum zitiert und als seine eigene Biographie darzustellen sucht. Auch hier lehrt die Erfahrung übrigens wieder, analog wie beim impulsiven Irresein, daß die echten Fälle beim Examen ungemein zurückhaltend sind, die Geheimnisse ihres Geschlechtslebens nur zögernd, bruchstückweise preisgeben, manchmal überhaupt erst unter dem Drucke der unmittelbar drohenden Verurteilung.

* * *

Eine andere Erscheinungsform der Psychopathia sexualis ist der sogenannte Sadismus.

Hiebei wird geschlechtliche Erregung und Befriedigung hervorgerufen, wenn die andere Person Schmerzen und Leiden empfindet, und zwar gibt es auch hier homo- und heterosexuelle Varianten. Es werden alle möglichen Nuancen beobachtet, von einfachen leichten Verletzungen des Partners durch Stechen, Kneifen, Beißen („Mädchenstecher") usw.*), bis zu den grauenhaften Akten des Lustmordes, mit Zerfleischung und Zerstückelung des Opfers. Mit der betreffenden grausamen Handlung ist häufig der eigentliche Koitus verbunden, der ohne dieselbe unmöglich wäre. In vielen derartigen Fällen aber genügt der vereinzelte sadistische Akt an sich, um Erektion und Ejakulation herbeizuführen. Bei Anderen wieder dienen scheußliche Tierquälereien zur Befriedigung des Geschlechtstriebes.

Dem Sadismus offenbar verwandt sind jene Fälle, bei welchen der Koitus nur dann möglich ist, wenn der aktive Teil die Vorstellung der vollständigen Wehr- und Willenlosigkeit seines Opfers,

*) Die Übergänge dieser Formen in die Breite des normalen Geschlechtslebens sind wieder recht bemerkenswert.

einer Überwältigung desselben, eines gewaltsam erzwungenen Beischlafes in sich erwecken kann (Knebelung des Weibes; Prostituierte müssen sich zur Komödie eines Notzuchtsattentates hergeben usw.). Vielleicht gehören hieher auch die entsetzlichen Fälle von Nekrophilie (Leichenschändung).

Beim sogenannten Masochismus ist wollüstige Erregung und Ejakulation gebunden an physische und psychische Leiden der eigenen Person.

Auch hier gibt es wieder eine Art gewissermaßen „psychischen" Masochismus; der Betreffende fühlt sich sexuell nur dann vollständig befriedigt, wenn er beschimpft, bedroht wird, wenn ihm seine Phantasie irgend eine für ihn demütigende, gefährliche Situation vorspiegelt, von dem anderen Teile eine entsprechende Komödie aufgeführt wird. In anderen Fällen müssen aber die Leiden direkt körperlicher Art sein; die Betreffenden lassen sich peitschen (Flagellantismus), geißeln, verletzen; der Kranke fordert ekelhafte Besudelungen, das Weib muß z. B. ihre Exkremente auf ihn entleeren (Stercorarii) usw.

* * *

Ungemein häufig und schier unerschöpflich an einzelnen Varietäten sind die sogenannten Fetischisten. Hier ist es nicht das geliebte Wesen an sich oder überhaupt eine Person des anderen Geschlechtes, sondern bestimmte Objekte oder Teile derselben, welche den Kranken geschlechtlich aufregen, mit denen er hantiert und so Ejakulation erzielt. Manche „Sammler" gehören auch in diese Rubrik; man beschrieb Schuh-, Taschentuch-, Haarfetischisten („Zopfabschneider") usw. Andere wieder, welche der Frauenleib in toto ganz gleichgiltig läßt, haben es nur z. B. auf den Fuß oder auf die Nates abgesehen. Die Betastung dieser Teile, eventuell ein Reiben des Penis an der betreffenden Körperpartie („Frotteurs") führt unter lebhaftem Wollustgefühle Samenerguß herbei, während der normale Beischlaf unmöglich ist oder nur geringe Befriedigung hinterläßt. Oder es ist eine bestimmte Kleidung, ein Kleidungsstoff (Pelz od. dergl.), ein bestimmtes Parfüm, das eine conditio sine qua non der vollen Geschlechtsbefriedigung bildet.

* * *

Forensisch besonders wichtig sind wieder jene Fälle, bei welchen das Objekt der Attentate Minderjährige, namentlich Kinder sind (Phaedophilia erotica). Daß dieses Symptom, abgesehen von der auf dem Boden einer allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit wurzelnden sexuellen Anomalie auch recht häufig bei der Dementia

senilis vorkommt, wurde schon seinerzeit erwähnt. Das Gegenstück bildet die sogenannte Gerontophilia, bei welcher bei dem betreffenden Individuum nur Personen jenseits des geschlechtsreifen Alters sexuelle Begierden erregen. Während der Sadismus, Masochismus, die meisten Arten des Fetischismus vornehmlich beim männlichen Geschlechte beobachtet wurden, finden sich Fälle von Paedophilia gerade so wie die Homosexualität bei beiden Geschlechtern gleich häufig.

Die einzelnen Varietäten geschlechtlicher Anomalien sind wie gesagt zahllose. Nur dem Namen nach seien beispielsweise noch aufgezählt die sogenannte Paradoxia sexualis (z. B. abnorm frühes Auftreten des sexuellen Triebes, koitusähnliche Akte bei Kindern, Onanie bei Säuglingen usw.), die sexuelle Anästhesie und Hyperästhesie (Satyriasis und Nymphomanie der alten Autoren; bei den individuellen, bekanntlich so außerordentlichen Verschiedenheiten der Libido nur in den allerextremsten Fällen als wirklich abnorm anzusprechen, kaum je übrigens isoliertes Symptom, sondern meist nur Teilerscheinung anderer psychopathischer Zustände, wie von zirkulärem Irresein, manischer Paralyse usw.), die Bestialität, (Unzucht mit Tieren), der Exhibitionismus, die „Voyeurs" (Menschen, welche nur durch den Anblick eines Koitus ihrer eigenen Potenz aufzuhelfen imstande sind) usw.

Bezüglich der forensischen Beurteilung können im großen und ganzen nur die Gesichtspunkte maßgebend sein, welche schon gelegentlich der Besprechung der konträren Sexualempfindung angedeutet wurden.

Was die Behandlung anbetrifft, so kann hier die Suggestionstherapie (Hypnotismus) auf recht befriedigende Erfolge hinweisen. Freilich ist die Gefahr häufigen Rezidivierens überall eine recht große.

Daneben empfehlen sich natürlich allgemeine Maßregeln, wie Kaltwasserkuren, roborierende Diät, Abstinenz von Alkohol, Brom-Kampfer-Lupulin zur Herabsetzung der sexuellen Erregbarkeit usw.

---

XXI. KAPITEL.

# PSEUDOLOGIA PHANTASTICA.

Es liegt eine abnorme Übererregbarkeit der Einbildungskraft und eine außerordentliche Beweglichkeit des Erinnerungs- und Vorstellungsinhaltes vor, welcher durch die momentane Stimmungslage, durch zufällige äußere Ereignisse, durch Gelesenes, Ersehntes, Gewünschtes usw. jeweils sofort in der mannigfachsten Art verändert wird. Eine maßlose Eitelkeit bildet die Triebfeder, die Sucht nach Außergewöhnlichem, mehr zu scheinen, als man ist, mehr erlebt zu haben, als es die nüchterne Alltagsprosa mit sich bringt. Auch die gleichgiltigsten Erlebnisse werden durch Zusätze, Auslassungen und Variationen ausgeschmückt, Erinnerungen aus Kolportageromanen, Räuberdramen, sensationellen Zeitungsberichten usw. spielen eine große Rolle. Wirklich Erlebtes und Erfundenes, das, wovon das Individuum bei sich selbst zunächst nur dachte: „Wie schön wäre es doch, wenn usw." verschmelzen bald zu einem unentwirrbaren Gemische; ob der mangelhaften Treue des Erinnerungsinhaltes und ob der mächtigen, jegliche Kritik überwuchernden Phantasie werden die kühnst ersonnenen Märchen schließlich von den Individuen selbst geglaubt, die harmlosesten Ereignisse mit herrlichster Verbrämung wiedergegeben. Die Befriedigung, welche dieses Fabulieren mit sich bringt, ist so groß, daß es sich nicht eindämmen läßt, auch wenn das Handgreifliche der Lüge auf der Stelle ins Auge springen muß; z. B. einer unserer Patienten, ein Kommis, wollte vor uns Ärzten als einen Assistenten Lombrosos sich aufspielen. Es ist diesen Charakteren einfach unmöglich, bei der Wahrheit zu bleiben.

Die Pseudologia phantastica führt durch nur graduelle Abstufungen hinüber zu den harmlosen „Renommisten" und Leuten mit „mangelhafter Gedächtnistreue", sie findet sich angedeutet als physiologische Erscheinung in der Form so mancher holder „Jugendeseleien" (wenn Backfische und Gymnasiasten sich selbst anonyme Liebesbriefe schreiben, miteinander unter pompös klingenden Pseudo-

nymen korrespondieren, sich in Geheimbündelei gefallen usw.).*) Wo die Pseudologia phantastica bei ethisch Minderwertigen vorkommt, prädestiniert sie derlei Individuen zu einer Spezialität des Gewohnheitsverbrechertumes, zu den internationalen Hochstaplern. Bewußtes, raffiniertes Zwecklügen und die pathologische Lügenhaftigkeit bestehen da in innigem Gemenge. Oft ergibt sich das Krankhafte, zum mindesten das Zwecklose der Lügenhaftigkeit in dem Gewirre von absichtlichen betrügerischen Schwindeleien in einer auch für Laien recht überzeugenden Weise. Einer unserer Fälle hatte z. B. sich auf den Mäzen hinausgespielt, einer flüchtigen Reisebekanntschaft große Geldsummen geschenkt zur Ausbildung im Gesange, wildfremde Leute fürstlich bewirtet; ein anderer Patient, der wegen eines Raubes in Untersuchungshaft sich befunden, hatte in detaillierten Angaben sich selbst eines Lustmordes und der Teilnehmerschaft an einer weitverzweigten anarchistischen Verschwörung beschuldigt, zu welchen lügenhaften Depositionen er nur durch Zeitungslektüre gekommen war. Während der Kriegszeit kamen neben einfachen Schwindlern auch solche mit falschen Chargengraden geschmückte und hohe Auszeichnungen unrechtmäßig tragende Soldaten zur Beobachtung, die, ohne jedwede betrügerische Absicht, nur aus eitler Renommiersucht, ihre phantastischen Berichte vom Stapel ließen und mit unerhörten Heldentaten flunkerten.

*) Mark Twain schildert meisterhaft die fragliche Erscheinung in seinen Knabengestalten Wicklow, Tom Saylor usw. Die Literatur hat überhaupt mehrfach derartige „Münchhausen" gezeichnet; es sei hier erinnert an Daudets „Tartarin de Tarascon", an den Vater des Heinrich in „Frau Sorge", an Peer Gynt usw.

XXII. KAPITEL.

# DIE KONSTITUTIONELLE NEURASTHENIE.

Nicht mit Unrecht wurde öfters die Diagnose „Neurasthenie" der große Topf genannt, worin die verschiedenartigsten Zustände zusammengeworfen werden. Wenn wir absehen von Fällen, bei welchen es sich überhaupt nur um verkappte Psychosen (leichteste Grade von Melancholien) oder um Prodromalstadien solcher (Dementia praecox, Paralyse, Paranoia) handelt, lassen sich hauptsächlichst zwei Hauptgruppen unterscheiden, welche allerdings miteinander durch Übergangsformen verbunden sind, die konstitutionelle (angeborene) und die erworbene Neurasthenie.

Die Erstere stellt nur eine der vielen Erscheinungsformen einer allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit dar. Das Individuum bringt ein „abnormes" Zentralnervensystem schon mit zur Welt, das gegenüber äußeren Reizen anders reagiert, auf dieselben anders anspricht, dieselben anders verarbeitet, als wir dies beim Durchschnitte der Menschen zu beobachten Gelegenheit haben. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht eine Überempfindlichkeit, reizbare Verstimmung, überängstliche Hypochondrie, abnorme Ermüdbarkeit und weibischweichliche Entschlußlosigkeit. Das sind die Leute mit den „zarten Nerven", welche der Kampf ums Dasein unausgesetzt die schwersten Anstrengungen kostet, für welche das Leben eine unversiegbare Quelle steter Unlustempfindungen bildet, leicht verletzbare Naturen, stets gereizt, gekränkt, verbittert, überempfindlich, übelnehmerisch, von krankhafter Selbstüberschätzung, dabei mutlos, meist unfähig zu anhaltender Beschäftigung, geneigt, phantastischen Träumereien nachzuhängen, jähem Stimmungswechsel unterworfen, krasse Egoisten, sei es im gewöhnlichen sprachgebräuchlichen Sinne, sei es, daß die abnorme Intoleranz gegen Unlustgefühle auch bei altruistischem Empfinden diese Individuen zu einem geflissentlichen Sichabschließen vor fremdem Leide, als zu einer Art Selbstschutzes, zwingt. Man beobachtet ferner sprunghafte, rasch auflodernde, sehr intensive, aber wenig nachhaltige Sympathien und Antipathien; speziell von ihresgleichen fühlen sich derartige Leute wie magnetisch angezogen („les

nerveux se recherchent"); doch findet die „glühende Liebe" und „innige Freundschaft" meist nach kurzer Zeit ob der Launenhaftigkeit, des schrankenlosen Egoismus usw. ein jähes Ende und wandelt sich in erbitterten Haß um. Im Gegensatze zur habituellen Aboulie und Zaghaftigkeit vermögen derartige Individuen gelegentlich in impulsiver Art zu Akten außergewöhnlicher Entschlossenheit, Kaltblütigkeit und Mutes sich aufzuraffen; doch verpufft die Energie ebenso schnell wieder, wie sie entstanden. Häufig besteht auch ein gewisses Maß von Taedium vitae.

Auf dem Boden dieses Dauerzustandes kommen nun die verschiedensten anderen psychopathischen Zustände vor, Zwangsvorstellungen, inhaltslose Angstzustände, die zuweilen das Krankheitsbild ganz beherrschen, Anomalien der vita sexualis, pathologische Affekte usw. Einer Erwähnung bedarf noch die sogenannte „Vesania transitoria neurasthenica".

Bei Neurasthenikern können durch das Zusammentreffen einer Reihe äußerer Momente, welche — ganz allgemein gesprochen — als schädigend auf das Zentralnervensystem einwirken, welche aber der Gesunde ohne ernstere Störungen*) verträgt, Zustände von vorübergehenden Bewußtseinstrübungen, zuweilen mit Delirien und Wahnbildung, echte Dämmerzustände von kürzerer oder längerer Dauer auftreten, welche nach der Klärung nur summarische Erinnerung hinterlassen, manchmal mit Amnesie einhergehen. Als auslösende Faktoren spielen hier eine Rolle: Akute Überanstrengung, deprimierende Ereignisse, kalorische Schädlichkeiten, eine gastrische Indisposition, Alkohol, Schlaflosigkeit usw.

Die intellektuellen Fähigkeiten sind im allgemeinen ungestört; häufig sind sogar gewisse einseitige Leistungen (namentlich künstlerischer Art) hervorragend ausgebildet.

Bei den konstitutionell Neurasthenischen läßt sich nahezu ausnahmslos mehr minder schwere erbliche Belastung nachweisen, wozu nun als determinierende Ursachen geschlechtliche Exzesse, intensive Masturbation, der Coitus interruptus usw., unhygienische Lebensweise (mangelnde körperliche Betätigung, Mißbrauch von Alkohol, Nikotin, schwarzem Kaffee usw.), häufig auch der unvermeidliche struggle for life an sich, welchen eben jeder Mensch durchkämpfen muß, hinzutreten, funktionelle übermäßige Inanspruchnahme des Gehirnes, das Moment des erschöpfenden Gehirnlebens usw.

---

*) In ganz exzeptionellen Fällen sah ich auch bei psychisch-nervös durchaus vollwertigen Individuen unter der Einwirkung langanhaltender seelischer und körperlicher Schädigungen (z. B. lang fortgesetzten Nachtwachens in der Pflege geliebter lebensgefährlich erkrankter Personen) eigentümliche ganz flüchtige Dämmerzustände mit Verworrenheit und stuporähnlichem Verhalten sowie folgender totaler Amnesie.

In der körperlichen Sphäre werden, abgesehen von dem häufigen Vorkommen gehäufter Degenerationszeichen, recht verschiedene subjektive*) und objektive Beschwerden beobachtet, Steigerung der Reflexe, Druckpunkte, Lidtremor, Ermüdungsreaktion bei wiederholter Prüfung des Gesichtsfeldes, asthenopische Beschwerden, Kopfdruck, weniger häufig wirklicher Kopfschmerz, Schwindel, abnorme Sensationen (Ziehen, Reißen, Drücken, Brennen usw.) an den verschiedenen Körperpartien, Ohrensausen, „mouches volantes", Verdauungsstörungen (mangelnde Appetenz abwechselnd mit Heißhunger, Stuhlträgheit, Borborygmi usw., „nervöse" Dyspepsie), Herzklopfen, fliegende Röte und Kälte, Labilität des Gefäßsystems, respiratorische Arrhythmie; die Pulswelle wird bei Anstrengung der Bauchpresse (Bücken, Kniehocke) auffallend klein, die Pulsfrequenz sinkt (Vaguswirkung); der Schlaf ist meistens gestört, namentlich häufig das Einschlafen (in manchen Fällen besteht umgekehrt ein erhöhtes Schlafbedürfnis, das besonders in den Frühstunden schier unbezwinglich ist), herabgesetzte Potenz und Libido oder gesteigerte Libido, aber ejaculatio praecox, gehäufte Pollutionen.

Es handelt sich um einen Dauerzustand, dessen Intensität allerdings bei entsprechender Behandlung und günstigen äußeren Verhältnissen für kürzere oder längere Zeit weniger stark sich bemerkbar macht. Anderseits beobachtet man öfters mehr minder periodisch auftretende Verschlimmerungen, Exazerbationen zu bestimmten Jahreszeiten (z. B. im Frühling). Den besonders schlimmen Stadien der neurasthenischen Verstimmung ist auch eine Art Beziehungssucht nicht ganz fremd. Zuweilen wieder führen die intensiven Unlustgefühle zu fugue-artigen Handlungen, zu triebhaften Alkoholexzessen usw. Eigentümlich ist ein ungemein häufig zu beobachtender regelmäßiger Wechsel je nach der Tageszeit, derart, daß gerade die Morgenstunden für die Kranken die qualvollsten sind, während die Intensität all der Erscheinungen gegen Abend zu nachzulassen pflegt, ja nicht selten völligem Wohlbefinden Platz macht (neurasthenische Euphorie. Dementsprechend findet man auch unter den Nervösen mehr Abend- als Morgenarbeiter).

Über Differentialdiagnose vide die Kapitel Melancholie, Paralyse, Dementia praecox usw.

Die Prognose ist, entsprechend der Ätiologie, d. h. der konstitutionellen Minderwertigkeit, ungünstig; diese Individuen haben zeit-

---

*) Entsprechend der hypochondrisch-ängstlichen gesteigerten Selbstbeobachtung sind derlei Kranke schier unerschöpflich in der Aufzählung ihrer verschiedenen Beschwerden. Ganz typisch ist, daß sie meistens eine lange schriftliche Liste derselben mitbringen, die nun dem Arzte präsentiert wird, damit sie nur ja kein Symptom etwa vergessen haben mochten.

lebens mit ihren „Nerven" zu tun, erlangen nie dauernd das psychische Gleichgewicht. Doch können weitgehende Besserungen wenigstens der Art erzielt werden, daß diese Patienten für geraume Zeit durch alle ihre Beschwerden weniger leiden und sich als brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft betätigen können. Im Kriege sahen wir diesbezüglich sehr verschiedene Verlaufsart. Ein Teil erwies sich von vornherein als dienstuntauglich; diese Individuen versagten schon in den ersten Tagen des Feldzuges, sei es im Gefecht, sei es schon während der militärischen Ausbildung. Ein anderer Teil kam mehr minder lange Zeit ganz gut mit, bis eine an sich recht belanglose Verwundung oder Erkrankung, ja zuweilen der einfache Fronturlaub an sich, d. h. Aufenthalt im Hinterlande, in sozusagen perakuter Weise einen schweren nervös-psychischen Zusammenbruch zur Folge hatte, von welchem die Kranken sich nun nicht wieder erholen wollten. Nicht wenige Fälle endlich (vorwiegend solche mit Zwangsvorstellungen, mit ängstlich übertriebener Selbstbeobachtung) gesundeten im und durch den Krieg in objektiver und subjektiver Hinsicht.

Der Intellekt erfährt nie eine Schädigung.

Die Therapie muß durchaus individualisierend gehandhabt werden. Auf möglichste Nervenhygiene ist das größte Gewicht zu legen. Alkoholabstinenz, möglichste Einschränkung auch der übrigen Reizmittel (Kaffee, Nikotin) ist eine conditio sine qua non. Sportliche Übungen in jeder Form, überhaupt viel Bewegung in freier Luft während der Arbeitspausen (statt der „Zerstreuungen" in rauch- und bierdunstgeschwängerten Variétés und Kaffeehäusern, bei Schach- und Kartenspiel, durch aufreizende Lektüre usw.) wirken bei dem Einen Wunder, während sie den Anderen nur noch mehr erschöpfen würden. Derartige Individuen soll man möglichst ausruhen lassen, auch in körperlicher Hinsicht; speziell dem gesteigerten Schlafbedürfnisse muß Folge geleistet werden. (Ich kenne einen derartigen Fall, welcher durch „Müllern", Turnen usw. schon ganz heruntergekommen war und der sich seit einigen Jahren ganz wohl befindet, durchaus seinem Berufe gewachsen, seitdem er auf ärztlichen Rat buchstäblich jeden freien Augenblick benutzt, um sich auszuschlafen.) Regelung der vita sexualis, Verbot des Coitus interruptus usw., ist sehr wichtig (nur vermeide man, durch übertriebene Schilderungen die ohnehin hypochondrischen Patienten noch ängstlicher zu machen). Bei kindlichen Individuen vermag auch schon eine vernünftige Pädagogik viel zu leisten, welche dem Hange zu weichlichen Träumereien, zu ängstlicher Selbstbeobachtung, übergroßer Nachgiebigkeit den Stimmungen gegenüber usw. energisch entgegenarbeitet. Sport, Berücksichtigung des Schlafbedürfnisses, Überwachung der Lektüre usw. sind

sehr wichtig. Bei der Wahl des Berufes soll womöglich ein solcher, der mit besonderen affektiven und intellektuellen Anstrengungen und mit sitzender Lebensweise verbunden ist, vermieden werden.

Über all dem bisher angeführten steht aber der persönliche unmittelbare Einfluß des Arztes, der aufklärend, tröstend, zuweilen mit gutmütig ironisierendem Zuspruch, bald wieder mit Energie, stets aber mit unermüdlicher Geduld ständig auf den Kranken einwirken muß (Psychotherapie). Hier kann sich der Arzt wahrhaft als „ἰατρὸς τῆς ψυχῆς“ bewähren.

Eine Wohltat für viele sind die „Volksheilstätten“ für Nervenkranke.

Leute in günstigen materiellen Verhältnissen sind auch als Neurastheniker besser daran. Längerer Aufenthalt an der See oder im Gebirge (freilich nicht die üblichen „Erholungsreisen“ mit dem Bädecker in der Hand, „ganz Italien in 28 Tagen“), eine längere Schiffsreise, vor allem die verschiedenen Sanatorien mit ihrem komplizierten Apparate von Hydro-, Elektro- und Mechanotherapie, mit Massage, Gymnastik und dergleichen sind recht geeignet, für einige Zeit diese Neurastheniker „aufzupulvern“.

Als Adjuvantien wird man meistens auch nicht einer medikamentösen Therapie entraten können; in Betracht kommen da die verschiedenen Präparate wie Lezithin, Sirup. Hypophosphites Fellow, Egger, Richter, die Nährmittel, die Hypnotika, Sedativa, Eisen- und Arsenpräparate und dergleichen. Alkoholabstinenz ist stets zu raten.

* * *

Der konstitutionellen steht nun die erworbene Neurasthenie gegenüber. Durch übermäßige funktionelle Inanspruchnahme des Nervensystems bei gleichzeitiger Unmöglichkeit des „Ausspannens“, nach schweren erschöpfenden körperlichen Krankheiten und mangelnder Schonung in der Rekonvaleszenz entwickelt sich zuweilen auch bei robusteren Naturen ein Zustand von „Nervosität“, von reizbarer Erschöpfung. Derselbe kann akut auftreten (ein Beispiel dafür ist die sogenannte „Rigorosenneurasthenie“ oder dergleichen) oder mehr chronische Form annehmen, namentlich dort, wo zur intellektuellen Überanstrengung noch das Moment der starken gemütlichen Inanspruchnahme, hohes Verantwortlichkeitsgefühl und dergleichen tritt (Eisenbahnbedienstete, praktische Ärzte, Börsianer, Kassiere usw.).

Die klinische Ähnlichkeit der erworbenen und der konstitutionellen Neurasthenie ist recht groß. Freilich überwiegen bei ersterer die Symptome der Erschöpfbarkeit und reizbaren Verstimmung, bei letzterer die Zwangsvorstellungen, unmotivierten Stimmungsschwankungen usw. Es gibt aber zweifellos zahlreiche Übergänge, beziehungs-

weise bei einem und demselben Individuum sind häufig beide Formen vereint. Je größer die äußeren Schädlichkeiten sein müssen, um das Zustandsbild der „Nervenschwäche“ zu erzeugen, desto geringer ist selbstverständlich der Faktor der angeborenen Minderwertigkeit und umgekehrt. Im Kriege sahen wir die schwersten Zustände nervöser Erschöpfung und Überreizung, mit unbezwingbaren Weinkrämpfen, quälender absoluter Schlaflosigkeit, völliger von eigenartigem Ratlosigkeitsaffekte begleiteter Denkinsuffizienz, enormer Reizbarkeit usw. bei vordem nervös-psychisch durchaus vollwertigen Individuen, ohne hysterische Komponente, auftreten.

Die Prognose der erworbenen Neurasthenie ist günstig zu stellen. Meist gilt das „cessante causa tollitur effectus“, manchmal genügt schon die einfache Ruhe und Erholung allein, ohne weitere medikamentöse oder anderweitige Kuren. Mit Schlafmitteln sei man, namentlich in den ersten Tagen, nicht zu sparsam, wenn schwerere Agrypnie besteht. Einer therapeutischen Beeinflussung (vide oben) sind die Fälle in hohem Maße zugänglich, und Dauerheilungen sind recht häufig.

**Bezüglich zahlreicher Punkte der Neurastheniefrage sei auf die Lehrbücher der Nervenheilkunde verwiesen.**

* * *

Auf dem Boden einer allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit werden auch dauernde Anomalien speziell in der affektiven Sphäre beobachtet, die unter dem Namen der konstitutionellen Verstimmung und der konstitutionellen Erregung beschrieben werden. Es handelt sich um Zustände, welche symptomatologisch der melancholischen einer-, der manischen Verstimmung anderseits durchaus ähneln, nur daß es sich eben um einen lebenslänglich bestehenden Dauerzustand, nicht um vorübergehende Erkrankungsphasen handelt. Fließende Übergänge verbinden derlei Fälle mit der konstitutionellen Neurasthenie auf der einen, mit den periodischen Formen auf der anderen Seite, wie sie endlich auch, ohne scharfe Grenze, in das Borderland der „Sanguiniker“, „Choleriker“ und „Melancholiker“ (im laienhaften Sinne), d. h. in die Gesundheitsbreite habitueller Temperamentsanlage sich verlieren.

Auf einem echten Grenzgebiete zwischen „Normal“ und „Abnorm“ bewegen wir uns auch jenen Dauerzuständen geistiger Beschaffenheit gegenüber, welche mit dem Namen der „Haltlosen“ („Leichtsinnigen“), der „Streitsüchtigen“, der „Verschrobenen“, der „Erregbaren“ und dergleichen bezeichnet werden können.

XXIII. KAPITEL.

# VORÜBERGEHENDE ZUSTÄNDE KRANKHAFTER BEWUSSTSEINSSTÖRUNGEN.

Im vorhergegangenen wurden schon bei den einzelnen nosologischen Typen verschiedene Formen transitorischer Geistestrübungen erörtert, wie sie teils auf dem Boden einer länger dauernden Psychose (z. B. raptus melanchol.), teils unter dem Einflusse äußerer Schädlichkeiten bei einer bestimmten dauernden Veranlagung des Zentralnervensystems (z. B. pathologische Alkoholreaktion), teils endlich in selbständiger Weise bei bestimmten Neurosen auftreten (z. B. die verschiedenen Dämmerzustände bei Epilepsie und Hysterie); es sei an das Kap. V, A, c und B, f über die „Dysphrenia neuralgica" Gesagte erinnert; es gibt sogenannte „Migränepsychosen" usw.

Im folgenden seien nun kurz analoge Zustände pathologischer transitorischer Bewußtseinsstörung besprochen, welche sich nicht leicht unter die Haupttypen der klinisch genauer umschriebenen Krankheitsformen einreihen lassen.

## A. Der pathologische Affekt.

Wie sehr mächtige Affekte (Zorn, Scham usw.) die Fähigkeit ruhiger Überlegung und genauer Abwägungen der zu unternehmenden Schritte zu beeinträchtigen und wirksame, durch Erziehung festwurzelnde Hemmungen gegenüber impulsiven Handlungen illusorisch zu machen imstande sind, ist allseits auch in Laienkreisen bekannt.

Fließende Übergänge führen von den physiologischen Affektzuständen hinüber zum sogenannten pathologischen Affekte, bei welchem es sich — was besonders zu betonen ist — um eine echte (transitorische) Geistesstörung, nicht mehr um einen einfachen Affektvorgang handelt, wenn auch dieser letztere das veranlassende ursächliche Moment abgegeben hat. Als echte Geistesstörung manifestiert sich der pathologische Affekt durch das vielfach Unsinnige, Planlose und Impulsive der Handlung, welche sehr häufig in schroffem Gegensatze zu den habituellen ethischen Eigenschaften des betreffen-

den Individuums, häufig auch in einem krassen Mißverhältnisse zu der veranlassenden Situation steht, vor allem aber durch das wichtige Kriterium einer echten Bewußtseinstrübung, nämlich durch mehr minder vollständige Amnesie, welche gerade so wie beim pathologischen Rauschzustande häufig auch retrograd ist. Zuweilen besteht während des Zustandes und unmittelbar darnach noch ein gewisses Maß von Orientierung, und der Erinnerungsdefekt stellt sich erst nachträglich ein. Von körperlichen Begleiterscheinungen sind vasomotorische Symptome bemerkenswert, kongestioniertes Gesicht mit klopfenden, erweiterten Arterien, Protrusio bulbi, stierer Blick oder im Gegenteile (als Ausdruck eines Gefäßkrampfes) leichenartige Blässe.

Ein pathologischer Affekt wird kaum jemals bei psychisch Vollwertigen beobachtet, meist handelt es sich um ab origine oder gewordene psychopathisch Minderwertige. Als allgemein disponierende Faktoren kommen daher in Betracht alle die Schädlichkeiten, welche zu dieser Minderwertigkeit überhaupt führen (Heredität, Schädeltrauma, Sonnenstich, chronischer Alkoholismus, schwere zerebrale Affektionen usw., man sieht dergleichen bei Schwachsinnigen, bei Epileptischen usw.). Als unmittelbar disponierende Faktoren sind zu nennen schwere Ernährungsstörungen, Schlaflosigkeit, Erschöpfung und Übermüdung, Blutverluste, lange fortgesetzte seelische Noxen (Kummer, Sorge, Kränkung usw.), eine plötzliche heftige Gemütsbewegung, menstruale und prämenstruelle Zustände usw. Bei normaler psychischer Veranlagung bedarf es meist einer mehrfachen Kombination der zuletzt angedeuteten Momente, damit der Affektzustand die Höhe eines pathologischen erreiche (Beispiele von unverheirateten Kindesmörderinnen, wobei die heftigen Schmerzen der Geburt, Blutverlust, die mächtigen psychischen Einflüsse der Not, Verzweiflung, Scham und Sorge solche psychische Ausnahmszustände schaffen können).

Die Erscheinungsform des pathologischen Affektes ist sehr häufig anscheinend nur eine Gewalttat, aber auch halluzinatorische Verworrenheitszustände kommen vor.

Der sichere Nachweis eines pathologischen Affektes kann in concreto zu den schwierigsten Aufgaben gehören, gelegentlich ganz unmöglich sein. Der Hinweis auf die oben erwähnten ätiologischen Faktoren ist da sehr wichtig. Zur Beurteilung der Frage, ob der Erinnerungsdefekt simuliert oder echt ist, kommen dieselben Kriterien in Betracht wie beim pathologischen Rauschzustande. Häufig wird man auch auf rein psychologische Momente Rücksicht zu nehmen haben; ein Vergleich der habituellen Persönlichkeit des Inkulpaten und deren Gegenüberstellung mit dem konkreten Delikte kann eventuell in die Wagschale geworfen werden. Zuweilen aber dürfte dem Sachverständigen nichts übrig bleiben, als offen sein non liquet zu sprechen.

### B. Delirium febrile, toxicum usw.

Bei Besprechung der sogenannten „Amentia“ wurde darauf hingewiesen, daß fließende Übergänge von den Fieberdelirien zu den Zustandsbildern der akuten halluzinatorischen Verworrenheit hinüberleiten. Es sei hier wiederholt, daß sowohl in symptomatologischer wie auch ätiologischer Hinsicht die innigsten Beziehungen zwischen der Wochen bis Monate währenden „Amentia“ und den auf Stunden bis zu Tagen sich erstreckenden Fieberdelirien bestehen, und daß ferner alle die Infektionsdelirien in letzter Linie auch auf Giftwirkungen zurückgeführt werden können, d. h. also als Intoxikationsdelirien aufzufassen sind.

Im folgenden werden demnach nicht eigenartige, bisher nicht erörterte Krankheitsbilder besprochen, sondern psychopathische Zustände nur ob ihrer relativ beschränkten Dauer und ihres akuten Auftretens zusammengefaßt.

Das Zustandsbild entspricht einer mehr minder schweren allgemeinen Verworrenheit mit massenhaften bunt wechselnden Sinnestäuschungen, adäquaten Affekten und Handlungen.

Derartige Delirien treten auf in der Inkubationszeit von Infektionskrankheiten, während des Fiebers selbst (Malaria!) oder in der Rekonvaleszenz, unter der Einwirkung der verschiedensten zufälligen, medizinalen, selbstmörderischen oder kriminellen Vergiftungen (Tollkirschen, giftige Schwämme, Modiskop, Jodoform usw.).

Viele Fälle des sogenannten „postoperativen“ Irreseins gehören hieher, wobei Kachexie, Narkose, Blutverlust und die verschiedenartigsten exo- und endogenen Vergiftungen ätiologisch wirksam sind.

Daß die Schwefelkohlenstoffvergiftung paranoia-ähnliche Zustandsbilder schaffen kann, wurde schon erwähnt. Bei diesen Intoxikationen wurden ferner beobachtet delirante Bilder und akute Demenz, in der körperlichen Sphäre Polyneuritis und ein eigentümlicher Geruch.

Die Prognose und Therapie richtet sich natürlich ganz nach dem jeweiligen ätiologischen Faktor.

* * *

An dieser Stelle einige Worte über die Geistesstörungen beim Veitstanz.

Bei der Chorea (Sydenhamii) minor wird man kaum einen Fall finden, bei welchem das psychische Leben vollständig ungestört bliebe. Die leichtesten psychopathischen Veränderungen machen sich bemerkbar in abnorm gesteigerter Reizbarkeit, großer Labilität der Stimmung, Launenhaftigkeit, Störungen der Aufmerksamkeit und einer durch die choreatische Unruhe und die Stimmungsanomalien zwar häufig mehr minder maskierten, aber unverkennbaren Abnahme der Spontaneität. Der Schlaf ist zumeist gestört. In schweren Fällen kommt es zu ideenflüchtiger oder inkohärenter Verworrenheit und Delirien. Die Prognose quoad sanationem ist absolut günstig; die

**Psychosen bei der Chorea gravidarum teilen mit dieser selbst die ernste Prognose quoad vitam; ein Teil endigt letal unter einem delirium-acutum-ähnlichen Bilde. In derartigen Fällen wird wohl auch gelegentlich die Frage nach der Indikation des artifiziellen Abortus, beziehungsweise vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft aufzuwerfen sein.**

## C. Zustände pathologischer Bewußtseinstrübung bei Gebärenden und Neuentbundenen.

Bei Gebärenden und Neuentbundenen kommen nicht so selten Zustände krankhafter Bewußtseinsstörung dadurch vor, daß der Geburtsakt an und für sich und die begleitenden Nebenumstände eines, ja oft gleichzeitig mehrere aller jener ursächlichen Momente mit sich bringen, welche das Zustandekommen pathologischer Bewußtseinstrübungen zu bedingen vermögen. Physischer Schmerz, Blutverlust, Eklampsie, fieberhafte Prozesse usw. seien als körperliche Ursachen für delirante Verworrenheitszustände, psychische Noxen, namentlich bei unehelich Gebärenden (Furcht vor Schande, Not usw.) als disponierend für pathologische Affekte beispielsweise aufgezählt. Auch hier wieder bildet das Verhalten der Erinnerung ein wertvolles Kriterium für den Grad der Bewußtseinstrübung. Der Nachweis eklamptischer oder Fieber-Delirien usw. muß sich auf allgemein medizinische Grundsätze stützen; zur Diagnose des pathologischen Affektes vide oben (Nachweis namentlich allgemein disponierender Faktoren, neuropathischer Konstitution, Schwachsinnes, Schädeltrauma, Mißverhältnisses zwischen Tat und habituellem Charakter usw.).

Den Gewaltakten, welche in derartigen psychopathischen Zuständen ausgeübt werden (mania gravis, zornmütige Erregung, delirante Verworrenheit usw.), fallen meist die Neugeborenen, zuweilen aber auch Personen in der Umgebung oder das unglückliche Individuum selbst zum Opfer.

# Anhang A.

# MEDIKAMENTÖSE THERAPIE.

### a) Eigentliche Hypnotica*).

1. Eines der allersichersten und ältesten Mittel ist das Chloralhydrat. Dasselbe bildet wasserhelle Kristalle, die sehr hygroskopisch sind und daher in feuchter Luft leicht zerfließen; bei ganz trockener Atmosphäre verflüchtigt sich das Chloral vollständig; es hat einen spezifischen Geruch und scharfen, leicht ätzenden Geschmack.

Das Chloral erzeugt nach mittleren Gaben von 1·0 bis 2·0 mit großer Sicherheit einen ruhigen, langandauernden Schlaf, welcher ziemlich schnell sich einstellt und von keinerlei unangenehmen subjektiven Empfindungen gefolgt wird. Die Leute klagen nach dem Erwachen gewöhnlich nicht über Eingenommensein des Kopfes, Mattigkeit usw.

Nach großen Gaben (über 6·0) wurden Zustände von tiefem Koma beobachtet mit Sinken der Körpertemperatur und Abnahme der Herztätigkeit, selbst der Tod kann im schweren Kollapse erfolgen.

Zu kleine Dosen (z. B. 0·5 bei einem Erwachsenen) sind nicht bloß ganz wertlos, sondern sie können unter Umständen gerade eine gegenteilige als die erwünschte Wirkung herbeiführen. Es liegen Beobachtungen vor, wo nach solchen geringen Gaben Aufregungszustände, selbst mit allerlei Halluzinationen auftraten.

Nach den bisherigen Beobachtungen kann gesagt werden, daß eine Gewöhnung des Organismus an dieses Mittel nur in geringem Maße stattzuhaben scheint (in seltenen Fällen wurden auch hiebei Abstinenzdelirien beobachtet); hingegen muß ein besonderes Augenmerk auf den Umstand gerichtet werden, daß es, namentlich bei längerer Darreichung, einen erheblichen, und zwar lähmenden Einfluß auf das Herz und die Vasomotoren ausübt. Bei Herzkranken

---

*) Die Hypnotica s. str. sind anzuwenden in all den Fällen essentieller, d. h. nicht durch Schmerz oder Angst bedingter Schlaflosigkeit und Erregung; sie würden in letzteren Fällen vollständig versagen, während hier allein das Opium und seine Derivate wirksam sind. Zuweilen, z. B. bei Angstmelancholikern, muß man neben Opium auch noch ein Schlafmittel geben, das aber allein für sich keinen Effekt haben würde.

erscheint demnach das Mittel kontraindiziert, jedenfalls nur mit äußerster Vorsicht anwendbar; bettlägerige Kranke zeigen infolge der vasoparalytischen und blutdruckherabsetzenden Wirkung der Drogue sehr große Neigung zur Dekubitusbildung. Aber auch bei solchen Personen, deren Gefäßapparat vollkommen intakt ist, tritt nach längerem Gebrauche der gefäßlähmende Einfluß des Chlorals deutlich zu Tage in der Form, daß sich auf ganz unbedeutende Agentien hin, z. B. minimale Mengen von Alkohol, enorme Kongestionen einstellen („Rash").

Das Chloralhydrat ist daher kontraindiziert bei Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, ferner bei Bettlägerigen, bei fiebernden Kranken und Alkoholdeliranten.

Bezüglich der Anwendungsweise wäre noch folgendes zu erwähnen: Wegen der lokal stark irritierenden Eigenschaft des Chlorals verbietet sich nicht nur dessen subkutane Injektion von selbst, sondern es darf auch per os weder in Substanz noch in konzentrierten Lösungen gegeben werden, um nicht Gastritiden hervorzurufen. Am besten verordnet man das Chloral mit schleimigen Mitteln, z. B. auf 1 *g* Chloral 50·0 des Korrigens (etwa Aqua destill. und Mucilag. gumm. acaciae aa 25). Die gewöhnliche Dosis beträgt für den Erwachsenen 2·0, für Kinder 0·5 bis 1·0. Für jene Fälle, bei denen aus irgendwelchen Gründen die interne Anwendung nicht tunlich erscheint, kann das Chloral in den oben angegebenen Dosen auch per Klysma verabfolgt werden, selbstverständlich auch nur mit der nötigen Menge eines einhüllenden Vehikels versetzt.

2. Das Amylenhydrat ist eine farblose, leicht bewegliche Flüssigkeit von eigentümlich scharfem, pfefferminzähnlichen Geschmack und Geruch, welch letzterer sich jedoch der Exspirationsluft nicht mitteilt, was als großer Vorteil dem sogleich zu beschreibenden Paraldehyd gegenüber hervorgehoben werden muß. Das Amylenhydrat löst sich in Wasser etwas schwer (im Verhältnisse von 1 : 8), leicht in Alkohol. Das Mittel kann lange Zeit und ohne schädliche Folgen fortgegeben werden, wobei zwar allmählich eine gewisse Gewöhnung derart eintritt, daß man, um sicher Schlaf zu erzielen, mit der ursprünglichen Dosis steigen muß, was aber unbedenklich auf das Zweifache der Anfangsdosis erlaubt ist. Das Amylenhydrat leistet gerade wie das Chloral speziell auch in der Bekämpfung des Status epilepticus gute Dienste (2·0 bis 4·0 pro dosi).

Für gewöhnlich geben wir 2·0 bis 3·0 in Wasser oder mit Zusatz von Sirupen oder Alkoholizis, z. B. Kognak, als Korrigens.

Seinen physikalischen Eigenschaften und der Wirkungsweise nach dem vorigen sehr ähnlich ist:

3. das Paraldehyd. Dasselbe stellt eine wasserhelle Flüssigkeit dar, von eigenartigem, unangenehmen Geruch und Geschmack, welcher sich durch keinerlei Korrigens vollständig decken läßt. Das Löslichkeitsverhältnis für Wasser beträgt 1:8. Am besten ist das Paraldehyd noch in alkoholischer Lösung zu nehmen, z. B. in Bier oder Rotwein.

Als großer, wenn auch vielleicht als einziger Nachteil des Präparates muß angegeben werden, daß sich der Geruch des Paraldehyds auch der Exhalationsluft mitteilt. Anderseits leistet es uns aber als sicher und schnell wirkendes Hypnotikum ganz unschätzbare Dienste, besonders darum, weil es durch lange Zeit (selbst Monate hindurch) fortgegeben werden kann, ohne den geringsten schädlichen Einfluß auf die Herztätigkeit und auf den Gefäßapparat*) überhaupt zu üben. Auch der Verdauungstrakt toleriert dieses Mittel ohne irgendwelche nennenswerte Reaktion. Die Angewöhnung, welche bei längerem Gebrauche eintritt, kann durch größere Dosen, innerhalb gewisser Grenzen, unbedenklich paralysiert werden, und nach Aussetzen des Mittels wurden nur in seltenen Fällen Abstinenzerscheinungen beobachtet, die Bilder, ähnlich dem Delirium tremens, darstellten. Das Paraldehyd wirkt auf durchschnittliche Gaben von 5·0; doch kann man ruhig auf 10·0 pro dosi und mehr steigen.

4. Das Sulfonal bildet ein weißes, kristallinisches, vollständig geruch- und geschmackloses Pulver, welches in kaltem Wasser fast gar nicht, leichter in warmen, namentlich schwach alkalischen Flüssigkeiten löslich ist. Bezüglich der Geschmacklosigkeit des Pulvers ist noch folgendes zu erwähnen: Absolut geschmacklos ist es nur als Pulver selbst auf die Zunge gebracht. Eine heiß bereitete Lösung besitzt, wie man sich leicht überzeugen kann, einen deutlichen, mehr minder stark bitteren Geschmack, ebenso rufen denselben Beimengungen von fettigen Substanzen, z. B. Öl oder Milch, hervor. Schon die ersten Beobachter erwähnten die kumulative Wirkung des Präparates, welche sich aus dessen geringer Löslichkeit erklärt, und gaben an, daß die Leute häufig noch am nächsten Tage nach der Einverleibung des Pulvers eine gewisse Schlafsucht zeigen. Es tauchten dann auch bald Nachrichten auf, daß infolge dieser kumulativen Wirkung bei längerer, ununterbrochener Anwendung von medizinalen Dosen des Sulfonals tödliche Vergiftungen sich ereigneten. Es traten komatöse Zustände auf mit heftigen gastrischen Symptomen, Erbrechen, Obstipation usw., wobei der Harn außer den Erscheinungen einer akuten parenchymatösen Nephritis (Oligurie, Albuminurie) den Be-

*) Von der Ungefährlichkeit des Paraldehyds konnten wir uns einmal in drastischer Weise überzeugen, als durch ein Versehen des Wartepersonals zwei Kranke statt der verordneten 5·0 davon 50·0 erhalten hatten, ohne daß es zu irgendwie bedenklichen Vergiftungserscheinungen wie Kollaps o. dgl. gekommen wäre.

fund von Hämatoporphyrin bot. Das Hämatoporphyrin, welches dem Harne eine dunkle, fleischwasserähnliche Farbe erteilt, ist spektroskopisch leicht an seinen Absorptionsstreifen zu erkennen.

Unter genauer Berücksichtigung der eigenartigen Wirkungsweise kann man jedoch das Sulfonal, dessen sichere hypnotische Wirkung unbestritten ist, ganz ruhig anwenden. Wir dürfen nur folgende Vorsichtsmaßregeln nicht außer acht lassen:

1. Müssen wir ein besonderes Augenmerk auf den Stuhlgang der Patienten richten, jede etwa bestehende Obstipation energisch bekämpfen und sollen

2. das Mittel nur in der Dosis von 1·0 bis höchstens 2·0 für nicht zu lange Zeit, etwa eine Woche im Maximum, kontinuierlich geben, ferner mit seiner Darreichung sofort aufhören, wenn die Harnmenge sinkt oder der Urin sich dunkler zu färben beginnt.

Das Sulfonal erzeugt nach Gaben von 1·0 bis 2·0 sicheren Schlaf, selbst in Fällen, wo Chloral und Paraldehyd uns im Stiche lassen. Das (möglichst fein pulverisierte) Präparat wird zweckmäßig in einer warmen Flüssigkeit genommen oder den Speisen selbst beigemengt, z. B. mit dem Salze auf das Brot gestreut oder dergleichen. Da sich seine Wirksamkeit langsam entfaltet, soll es etwa zwei Stunden vor dem Zeitpunkte gegeben werden, da der Eintritt des Schlafes gewünscht wird. Wegen der früher erwähnten postponierenden Wirkung kommt dem Sulfonal neben der hypnotischen auch eine leicht sedative Eigenschaft zu; viele Kranke sind noch den ganzen Tag über leicht schlummersüchtig, psychomotorisch weniger erregt.

Ihrer chemischen Natur nach, durch physiologische Eigenschaften und Wirkungsweise dem Sulfonal nahe verwandt, reihen sich folgende zwei Körper aus der Sulfongruppe an:

5. das Trional (weiße Kristalle von bitterem Geschmacke) und 6. das Tetronal (weiße Kristalle von bitterem, kampferartigen Geschmacke).

Auch diesen Mitteln fehlte es anfangs nicht an warmen Anpreisungen.

Jedenfalls ist das sehr teure Tetronal schon aus praktischen Gründen neben dem Sulfonal und Trional überflüssig.

Anderseits muß aber gerade mit Rücksicht auf die Häufigkeit, mit welcher, wenigstens anfänglich, das Trional verordnet wurde, auf das entschiedenste betont werden, daß es genau dieselben Gefahren in sich birgt wie das Sulfonal, daß bei dem längeren Gebrauche des ersteren dieselben Vorsichtsmaßregeln anzuwenden sind wie bei letzterem, d. h. daß es nur in geringen Gaben, nicht zu lange und unter genauer Beaufsichtigung des Harnbefundes gegeben werden darf. Denn es existiert schon eine Reihe von chronischen Trionalvergiftungen, darunter auch einige mit tödlichem Ausgange, welche ganz unter

demselben Bilde verliefen, wie wir es bei der Beschreibung der Sulfonalintoxikation erwähnt haben (Oligurie bis Anurie, Auftreten von Hämatoporphyrin, Erbrechen, Ataxie, Koma usw.).

Die bisher beobachteten tödlichen chronischen Trionalvergiftungen betrafen weibliche Individuen, wie dies auch fast ausnahmslos beim Sulfonal beobachtet wurde.

Ebenfalls pulverförmig sind folgende Präparate, welche sich uns recht bewährt haben und welche, soweit bis jetzt Erfahrungen gemacht wurden, auch im großen und ganzen bei körperlich rüstigen Patienten unschädlich genannt werden dürfen: 7. das Hedonal (schlafmachende Dosis 2·0) und 8. das Veronal (à 0·5 bis 1·0). Beide Mittel sind ziemlich zuverlässig. Letzterem kommt neben der hypnotischen auch eine leicht sedative Wirkung zu; nur bei Arteriosklerotikern, Senilen und marastischen Paralytikern scheint das Veronal (Acid. diaethylbarbituric.) bei längerem Gebrauche entschieden toxisch zu wirken. Wir sahen in letzteren Fällen wiederholt eigentümliche Zustände von Somnolenz, Taumeln usw., welche nach Aussetzen des Mittels rasch zurückgingen. Diese Symptome seitens des Vestibularapparates und des Kleinhirnes sind auch typisch bei den Fällen chronischer Veronalvergiftung, neben psychischen Störungen, Auftreten eines eigentümlichen Exanthemes, Neigung zu akut auftretendem Dekubitus usw. Eine leicht lösliche, eventuell auch zu intramuskulären Einspritzungen geeignete Verbindung ist das Veronalnatrium (Medinal).

In jüngster Zeit endlich lernten wir (9.) das Isopral kennen, das in Gaben von 0·5 bis 1·0 recht zuverlässig Schlaf erzeugt; bei Herzkranken erscheint jedoch seine Anwendung nicht unbedenklich. Das Mittel wird am besten in Gelatinekapseln oder Dragées verabfolgt; auch (10.) das Dormiol (in Gelatinekapseln à 0·5, 2 bis 3 Stücke) bewährt sich oft recht gut. 11. Das Neuronal, Pulver von brennendem Geschmacke, wirkt in Dosen von 0·5 nicht nur hypnotisch, sondern scheint sich auch (wegen der Bromkomponente, Bromdiäthylacetamid) in der Behandlung der Epilepsie zu bewähren (2×0·5 pro die); es scheint bei serienweisem Auftreten die Zahl der Anfälle zu vermindern und erweist sich manchmal bei bromrefraktären Patienten als wirksam.

12. Dasselbe, nämlich Verwendbarkeit nicht nur als Sedativum (0·2 pro dosi, 2 bis 3 mal täglich) und Schlafmittel (0·3 bis 0·5), sondern auch als Anti-epileptikum läßt sich auch dem Luminal (Phenyläthylbarbitursäure) und dessen Natriumsalze nachrühmen.*)

*) Auch zur Behandlung der Paralysis agitans scheint sich das Luminal, in Abwechslung mit den Hyoszinpräparaten, zu bewähren. Dosen über 2·0 pro die wirken leicht toxisch, erzeugen Schwindel u. dgl.

13. Das Adalin (Bromdiäthylazetylharnstoff), ein schwach bitter schmeckendes weißes Pulver, erscheint harmlos und entfaltet seine Wirksamkeit als Beruhigungsmittel in Gaben von 0·3 bis 0·5, 2 bis 4 mal täglich. Die schlafbringende Gabe beträgt 1·0 bis 2·0.

14. Das Nirvanol (schlafmachende Dosis 0·25 bis 0·5), dessen Natriumsalz sich auch zu subkutanen Injektionen eignet, bietet den großen Vorteil der Geschmacklosigkeit. Es erscheint kontraindiziert bei Arteriosklerotikern; manche Individuen bekunden eine eigenartige Idiosynkrasie dem Präparate gegenüber, sich äußernd im Auftreten von Ödemen, Fieber und dergleichen.

**b) Anderweitige medikamentöse Mittel.**

Das Hyoscinum muriaticum wirkt ähnlich dem Curare lähmend auf die willkürliche Muskulatur; wenige Sekunden nach der Injektion sinkt der heftig Tobende kraftlos zusammen, unfähig ein Glied zu rühren, auch das Schreien wird ihm unmöglich. Diese Wirkung hält mehrere Stunden an. Das salzsaure Alkaloid wird subkutan verabfolgt in Gaben von 0·0005 bis 0·001 (am besten kombiniert mit Morph. muriatic.). Kontraindiziert bei Herzkranken (!); überhaupt ist das Mittel nichts weniger als harmlos und soll durchaus nicht längere Zeit fortgesetzt werden. Im Rahmen der Anstalt wird man es überhaupt zumeist entbehren können, dagegen leistet es in der Familienpflege, z. B. gelegentlich eines Transportes usw., vorzügliche Dienste.

Ähnlich dem Hyoszin, doch nicht so verläßlich, wirkt das Duboisin. muriaticum.

Gegen gewisse Erregungszustände Hysterischer, bei den dem „Zuchthausknalle“ ähnlichen Zuständen Degenerierter, krimineller Psychopathen und dergleichen leistet auch das Apomorphin. muriaticum (0·01 subkutan) gute Dienste; es ist nicht nur von unmittelbarem Nutzen, sondern es läßt sich auch eine gewisse sozusagen pädagogische Beeinflussung nicht verkennen.

## Die Brompräparate.

Das Brom ist nicht nur nach wie vor das beste Mittel in der Behandlung der Epilepsie, sondern leistet auch schätzenswerte Dienste gegen essentielle Schlaflosigkeit und Erregungszustände mannigfacher Art (abgesehen von solchen mit ängstlicher Verstimmung).

Am längsten bekannt sind die Bromalkalien. Das Bromkali ist das beliebteste derselben, doch erscheint seine längere Darreichung bei Herzkranken (Kaliwirkung) nicht unbedenklich; das Bromnatron und Bromammon teilen diese Übelstände nicht, sind aber, nament-

lich letzteres, verhältnismäßig teuer (zumal es sich ja doch, soll die Bromtherapie bei der Epilepsie überhaupt wirksam sein, um tagtäglich jahrelang fortgesetzten Gebrauch handelt). Aus denselben äußeren Gründen empfiehlt es sich auch nicht, die Bromalkalien in einzelnen Pulvern zu verschreiben*), sondern man verordne gleich eine größere Menge auf einmal, die der Patient selbst in Wasser auflöst (z. B. 100 *g* auf 1 *l* Wasser), und wovon er selbst sich die entsprechende Tagesdosis abmißt. Die durchschnittliche Dosis beträgt für den Erwachsenen 4·0 bis 5·0 des Bromkali und Bromnatron, 2·0 bis 2·5 des $NH_4$ Br, am zweckmäßigsten auf zweimal des Tages verteilt, stets in viel Wasser gelöst und nur auf vollem Magen zu nehmen.

Ganz gute Dienste leistet das sogenannte Erlenmayersche Gemisch ($KBr + NaBr_{aa\ n} + NH_4Br_{\frac{n}{2}}$) in alkalischen Wässern gelöst.

Was nun die Wirksamkeit der Bromtherapie auf die epileptischen Anfälle anbelangt, so sinkt bei monatelangem, ununterbrochenen Gebrauche des Mittels die Frequenz und Intensität der Anfälle um ein bedeutendes, oft bleiben die Anfälle ganz aus oder treten nur rudimentär auf; es kommt z. B. nur zur Aura oder zu einem Vertigo. Meist zeigen sich aber die Anfälle wieder, oft sogar gehäuft, sobald das Mittel plötzlich ausgesetzt wird.**) In einigen Fällen aber treten die konvulsiven Attacken auch bei allmählicher (!) Herabsetzung der Tagesdosis nicht wieder auf (selbstverständlich unter Berücksichtigung des allgemeinen Regimes, d. h. absoluter Alkoholabstinenz, Sorge für Stuhl, Vermeidung von körperlicher und geistiger Überanstrengung, möglichst blander, salzarmer***) Kost); ja es gibt Fälle, in welchen endlich nach Jahr und Tag das Brom ganz zur Seite gelassen werden kann, ohne daß Anfälle wiederkehrten.

Diesen leider recht seltenen Fällen gegenüber stehen nun solche, bei welchen die oben angegebenen Tagesdosen dauernd fort-

---

*) Wegen der starken hygroskopischen Eigenschaft — das Ammon. bromat. ist außerdem auch nicht luftbeständig — darf bei Verschreibung in Pulvern ohnehin nur Charta cerata verwendet werden!

**) Die sozusagen „chronisch-intermittierende" Verordnung des Broms, etwa derart, daß die Kranken das Mittel einige Wochen bis Monate nehmen, dann einige Zeit damit völlig pausieren sollen, wonach wieder ein Brom-Turnus folgt usw., muß bei der Behandlung der Fallsucht als ganz verfehlt getadelt werden.

***) Der Indikation möglichster Kochsalzentziehung steht häufig das Widerstreben der Kranken gegen die dadurch geschmacklos gewordene Kost hindernd im Wege. In dieser Hinsicht sind nun recht zweckmäßig die Sedobrol-Tabletten (à 1·1 Bromnatrium mit kochsalzfreien pflanzlichen Extraktivstoffen und 0·1 Chlornatrium), welche, in warmem Wasser gelöst, eine schmackhafte Suppe liefern, die allein oder als Zusatz zu Tunken, Gemüse usw. Verwendung finden kann. Dosierung entsprechend der Menge von 1·1 Br Na im Würfel.

genommen werden müssen, wieder andere, bei denen sie sich als wirkungslos erweisen, wobei man, um überhaupt einen Effekt zu sehen, zu derartig hohen Mengen schreiten muß, daß sich bald die Erscheinungen des chronischen Bromismus einstellen. Ja, gerade in der eigentlichen psychiatrischen Praxis hat man es häufig mit Fällen zu tun, bei welchen die konvulsiven Attacken der Bromtherapie vollständig trotzen.

Zu den wichtigeren Erscheinungen des Bromismus gehören: Abnahme bis Verlust der Potenz, Schlafsucht, Apathie, Herabsetzung bis Fehlen des Würgreflexes. Leichtere Andeutungen dieser Symptome muß man bei jeder systematischen Brombehandlung mit in den Kauf nehmen. Treten aber die Erscheinungen, namentlich in der psychischen Sphäre, besonders hochgradig in den Vordergrund — (es entwickelt sich zuweilen ein Zustand von wirklicher Demenz) —, dann heißt es einfach, in concreto streng individualisierend abzuwägen, ob nicht die Folgen der Behandlung schlimmer sind als die Anfälle selbst. Gegen eine sehr lästige Begleiterscheinung des Bromismus, die bekannte Bromakne, besitzen wir jetzt ein ausgezeichnetes Mittel in dem Bromipin (Br an Sesamöl gebunden); es kommt ein 10%iges und 33·3%iges Präparat in den Handel. 10·0 des 10%igen entsprechen 1·75 Bromkali. Erfahrungsgemäß vertragen Kranke, welche ob intensiver Aknepusteln geradezu intolerant gegen die Bromalkalien sich erwiesen, das Bromipin ausgezeichnet. Dem Mittel haftet nur der Übelstand an, daß es recht kostspielig ist. In der Praxis pauperum kämpft man gegen die Bromakne mit ziemlich befriedigendem Erfolge an durch gleichzeitige Verabfolgung von Arsen (etwa 1 bis 2 Stücke der off. Pil. asiaticae) und sorgfältige Hautpflege (gründliches Waschen mit stärkeren Seifen usw.). Von neueren Brompräparaten sei erwähnt das Bromural (Bromisovalerylharnstoff) (jedoch mehr sedativ als antiepileptisch, Tabletten à 0·3) und Sabromin; Tabletten à 0·5, entsprechend etwa 0·25 NaBr.

Von der sogenannten Opiumbromkur der Epilepsie sahen wir nicht bloß keine sonderlichen Erfolge, sondern beobachteten sogar in einigen Fällen das Auftreten eines höchst bedenklichen Status epilepticus zu der Zeit, da das Opium plötzlich ausgesetzt wurde und mit der Brombehandlung begonnen werden sollte.

Von den schier zahllosen anderen gegen Epilepsie versuchten Mitteln sei noch das Atropin. sulfuricum erwähnt, das (in Pillenform gegeben) bei jugendlichen Individuen empfohlen wird (Pillen à 0·0005 bis 0·001, 1 bis 3 Stücke).

Von den Calciumpräparaten sah ich keine eindeutigen Erfolge. Bezüglich eines modernen Antiepileptikums, des Rosenbergschen Epileptol, liegen bis jetzt noch zu wenig Erfahrungen vor, als daß es ruhig den Praktikern empfohlen werden könnte. Einige Male beobachtete ich eine entschiedene günstige Beeinflussung der Krampfan-

**fälle, jedoch gleichzeitig eine ebenso zweifellose üble Wirkung in psychischer Hinsicht (Auftreten von Depressionszuständen, von schweren Dämmerzuständen nach längerem Zessieren der konvulsiven Anfälle u. dgl.). Erwähnt sei bei dieser Gelegenheit, daß viele Epileptiker Kokain, auch bei externer Anwendung, nicht vertragen und mit gehäuften schweren Anfällen, ja einem Status epilepticus darauf reagieren können.**

Über Neuronal und Luminal vide oben; in manchen Fällen bewährt sich Kombination von Brom mit Luminal; über Behandlung des Status epilepticus vide sub „Paralyse" Kapitel VII, G.

* * *

Von milden sedativ (nicht eigentlich hypnotisch) wirkenden Mitteln seien nicht vergessen die verschiedenen Präparate aus der Valerianagruppe, von der alten Tctur. valerianae und dem Baldriantee angefangen bis zu den modernen Validol-, Valyl-, Bornyval-Kapseln und dergleichen.

* * *

Daß das Opium und seine Derivate, besonders das Morphium, nur bei Angst und Schmerz indiziert sind (Angstmelancholie, Dysphrenia neuralgica), wurde schon sub Kapitel I erwähnt. Das Pantopon (ein Pulver, die Chlorhydrate der Gesamtalkaloide des Opiums enthaltend) eignet sich besonders zur subkutanen Anwendungsweise. Das Präparat und seine Lösungen sind schwach hellbraun. Wirksame Dosis 0·02 = eine Spritze der 2% Lösung (Aqu. destill. 75 Teile, Glyzerin 25 Teile). Auch Tabletten à 0·01 (für internen Gebrauch) sind in den Handel gelangt.

Über Thyreoidintherapie vide sub Myxödem und Kretinismus und Dementia praecox.

Es wurde ferner auch seinerzeit der ganz befriedigenden Ergebnisse gedacht, welche man mit Lezithin, Sirup. compos. Hell, Sirup. hypophosphit. Fellow oder dergleichen als Adjuvantien in der Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie, Zwangsvorstellungen und dergleichen beobachtete.

Schließlich ist es selbstverständlich, daß bei der Behandlung akuter Psychosen sowohl, wie der zuletzt genannten Formen alle die internen Mittel durchaus angezeigt sind, welche die Gesamternährung zu heben imstande sind, vor allem Eisen und Arsen in ihren verschiedenen Präparaten: also Tinct. ferri aromatic., Ferratin, Pil. Blaudii, Hommels Hämatogen, Perdynamin (von den Kranken gern genommen), ebenso die Pill. asiaticae, Solut. arsenic. Fowlerii (zweckmäßig mit Tinct. malattis ferri oder Tinct. Chinae compos. kombiniert), Guberquelle usw., die Kakodylpräparate, Arsoferrintektolettes usw. Ganz gut bewährten sich uns auch die verschiedenen

„Nährpräparate", wie Plasmon, Tropon, Sanatogen und Somatose (letztere beide teuer), Hygiama (wird gern genommen); Ovomaltin usw.

Wo die Notwendigkeit vorliegt, lange Zeit hindurch Jod verordnen zu müssen, empfiehlt es sich, die Jodalkalien, welche wegen ihres metallischen nur schwer zu deckenden Nachgeschmackes auf die Dauer oft schlecht vertragen werden, mit anderen Jodpräparaten, wie Sajodin (geschmacklose Tabletten à 0·5 und 0·1), Jodglidin und dergleichen zu vertauschen. Immerhin scheinen, wenigstens nach unseren Erfahrungen, alle diese Mittel keinen vollständigen Ersatz für die Wirksamkeit der Jodalkalien zu bilden (vide auch sub Kap. IX, E). Manche Syphilidologen rühmen sehr das Jothion (extern, mit Salbenkonstituens oder nur zum Einpinseln).

Von Quecksilberpräparaten seien außer dem alten Unguentum cinereum aufgezählt: Das Hydrargyrum oxydulatum tannicum (für den internen Gebrauch, in Pillen à 0·03, 2 bis 3 Pillen täglich, ebenso das Mergal in keratinisierten Kapseln à 0·05, 3 bis 6 Stück pro die und das Merlusan), das Sublimat, Hydragyr. succinimidatum, Enesol (salizyl-arsensaures Hg) 0·03 pro dosi, 0·06 pro die, subkutan, das Ol. hydrarg. ciner., Hydrargyr. salicylic. (letzteres unlösliches Salz) zu intramuskulären Injektionen (in die Glutäalgegend) usw.; dem offiziellen Ungt. cinereum ist vorzuziehen das moderne Quecksilbermitin (in Originaltuben mit graduierter Skala) oder -resorbin. Sorgfältigste Mundpflege bei jeder Quecksilberkur versteht sich von selbst (desinfizierende Mundwässer, Pinselungen des Zahnfleisches mit Adstringentien, wie Tct. ratanhiae, Tctur. gallarum ää., usw.), ebenso Vermeidung von Bitterwässern (Enteritis!). Recht zu empfehlen ist bei jeder Hg-Kur die gleichzeitige Anwendung kleiner Dosen von Schilddrüsenpräparaten. Das alte Decoct. Zittmanni möge in der Behandlung gerade der Nervenlues nicht vergessen werden. Das Salvarsan, in der Therapie echter luetischer Prozesse so wirksam, erscheint, wie schon früher erwähnt, bei Anfalls-Paralytikern kontraindiziert, bekanntlich in der letzten Zeit durch das Neosalvarsan völlig verdrängt.

Abgesehen von der spezifischen Thyreoidmedikation vermag die Opotherapie bei den Psychosen auf nicht gerade sehr glänzende Erfolge hinzuweisen. Am ehesten scheinen noch Ovarialtabletten (Ovaraden usw.), respektive Didymintabletten in Verbindung mit Eisen-Arsenikmedikation bei manchen Formen klimakterischer und präseniler Geistesstörungen (Melancholie) oder Pubertätspsychosen hie und da von günstigem Einflusse zu sein. Bei Neurasthenikern wurde mehrfach über glänzende Erfolge von Sperminjektionen berichtet. Wie weit dabei der suggestive Faktor mitwirkt, bleibe dahingestellt.

---

## Anhang B.

# DIE FÜR DEN PSYCHIATER WICHTIGSTEN ZIVIL- UND STRAFGERICHTLICHEN BESTIMMUNGEN USW.

### A. In Österreich.

#### I. Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch.

§ 21. Diejenigen, welche wegen Mangels an Jahren, Gebrechen des Geistes usw. ihre Angelegenheiten selbst gehörig zu besorgen unfähig sind, stehen unter dem besonderen Schutze der Gesetze. Dahin gehören . . . . . Rasende, Wahnsinnige und Blödsinnige, welche des Gebrauches ihrer Vernunft entweder gänzlich beraubt oder wenigstens unvermögend sind, die Folgen ihrer Handlungen einzusehen; . . . . .

§ 48. Rasende, Wahnsinnige, Blödsinnige und Unmündige sind außer stande, einen giltigen Ehevertrag zu errichten.

§ 173. Gerechte Ursachen, die Fortdauer der väterlichen Gewalt bei Gericht anzusuchen, sind: Wenn das Kind, ungeachtet der Volljährigkeit, wegen Leibes- oder Gemütsgebrechen sich selbst zu verpflegen oder seine Angelegenheiten zu besorgen nicht vermag: . . . . .

§ 176. Wenn ein Vater den Gebrauch der Vernunft verliert, so kommt die väterliche Gewalt außer Wirksamkeit und es wird ein Vormund bestellt; . . . . .

§ 191. Untauglich zur Vormundschaft überhaupt sind diejenigen, welche wegen . . . . . Leibes- oder Geistesgebrechen ihren eigenen Geschäften nicht vorstehen können; . . . . .

§ 251. Die Vormundschaft erlischt auch sogleich, als der Pflegebefohlene die Großjährigkeit erreicht hat; doch kann das vormundschaftliche Gericht wegen Leibes- oder Gemütsgebrechen des Pflegebefohlenen, . . . . . die Fortdauer der Vormundschaft . . . . . anordnen . . . . .

§ 269. Für Personen, welche ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen und ihre Rechte nicht selbst verwahren können, hat das Gericht, . . . . . einen Kurator oder Sachwalter zu bestellen.

§ 270. Dieser Fall tritt ein: . . . . . bei Volljährigen, die in Wahn- oder Blödsinn verfallen; . . . . .

§ 273. Für wahn- oder blödsinnig kann nur derjenige gehalten werden, welcher nach genauer Erforschung seines Betragens und nach Einvernehmung der vom Gerichte dazu verordneten Ärzte gerichtlich dafür erklärt wird . . . . .

§ 283. Die Kuratel hört auf . . . . . wenn die Gründe aufhören, die den Pflegebefohlenen an der Verwaltung seiner Angelegenheiten verhindert haben. Ob ein Wahn- oder Blödsinniger den Gebrauch der Vernunft erhalten hat, muß aus einer genauen Erforschung der Umstände, aus einer anhaltenden Erfahrung und aus den Zeugnissen der zur Untersuchung von dem Gerichte bestellten Ärzte entschieden werden.

Nach § 310. Personen, die den Gebrauch der Vernunft nicht haben, sind an sich unfähig, einen Besitz zu erlangen. Sie werden durch einen Vormund oder Kurator vertreten.

§ 566. Wird bewiesen, daß die Erklärung (bezüglich des letzten Willens)*) im Zustande der Raserei, des Wahnsinns, Blödsinns oder der Trunkenheit geschehen sei, so ist sie ungiltig.

§ 567. Wenn behauptet wird, daß der Erblasser, welcher den Gebrauch des Verstandes verloren hatte, zur Zeit der letzten Anordnung bei voller Besonnenheit gewesen sei, so muß die Behauptung durch Kunstverständige oder durch obrigkeitliche Personen, die den Gemütszustand des Erblassers genau erforschten oder durch andere zuverlässige Beweise außer Zweifel gesetzt werden.

§ 591. . . . . . Sinnlose . . . . . , dann diejenigen, welche die Sprache des Erblassers nicht verstehen, können bei letzten Anordnungen nicht Zeugen sein.

§ 865. Wer den Gebrauch der Vernunft nicht hat . . . . . , ist unfähig, ein Versprechen zu machen oder es anzunehmen.

§ 1307. Wenn sich aber jemand aus eigenem Verschulden in einen vorübergehenden Zustand der Sinnesverwirrung versetzt hat, so ist auch der in demselben verursachte Schaden seinem Verschulden zuzuschreiben . . . . .

§ 1308. Wenn Wahn- oder Blödsinnige . . . . . jemand beschädigen, der durch irgend ein Verschulden hiezu selbst Veranlassung gegeben hat, so kann er keinen Ersatz ansprechen.

§ 1309. Außer diesem Falle gebührt ihm der Ersatz von denjenigen Personen, denen der Schaden wegen Vernachlässigung der ihnen über solche Personen anvertrauten Obsorge beigemessen werden kann.

---

*) Anmerkung des Verfassers.

## II. Österreichisches Strafgesetzbuch.

§ 2. Gründe, die den bösen Vorsatz ausschließen. Daher wird die Handlung oder Unterlassung nicht als Verbrechen angerechnet:
*a*) wenn der Täter des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist;
*b*) wenn die Tat bei abwechselnder Sinnesverrückung zur Zeit, als die Verrückung dauerte oder
*c*) in einer ohne Absicht auf das Verbrechen zugezogenen vollen Berauschung oder einer anderen Sinnesverwirrung, in welcher der Täter sich seiner Handlung nicht bewußt war, begangen worden;
*d*) . . . . . *e*) . . . . . *g*) wenn die Tat durch unwiderstehlichen Zwang oder in der Ausübung gerechter Notwehr erfolgte.

§ 46. Milderungsgründe, welche auf die Person des Täters Beziehung haben, sind:
*a*) wenn der Täter . . . . . von schwachem Verstande oder seine Erziehung vernachlässigt worden ist;
*b*) . . . . .
*c*) wenn er in einer aus dem gewöhnlichen Menschengefühle entstandenen heftigen Gemütsbewegung sich zu dem Verbrechen hat hinreißen lassen.

§ 127. Der an einer Frauensperson, die sich ohne Zutun des Täters in einem Zustande der Wehr- oder Bewußtlosigkeit befindet, . . . . . unternommene außereheliche Beischlaf ist als Notzucht anzusehen . . . . .

§ 128. Wer . . . . . eine im Zustande der Wehr- oder Bewußtlosigkeit befindliche Person zur Befriedigung seiner Gelüste auf eine andere als die im § 127 bezeichnete Weise geschlechtlich mißbraucht, begeht . . . . . das Verbrechen der Schändung . . . . .*)

§ 129. Verbrechen der Unzucht. I. Wider die Natur . . . . .
*b*) mit Personen desselben Geschlechtes.

§ 152. Wer gegen einen Menschen, zwar nicht in der Absicht, ihn zu töten, aber doch in anderer, feindseliger Absicht auf eine solche Art handelt, daß daraus . . . . . eine Geisteszerrüttung oder . . . . . erfolgte, macht sich des Verbrechens der schweren körperlichen Beschädigung schuldig.

§ 498. Ein Heil- oder Wundarzt, . . . . ., welche die Geheimnisse der ihrer Pflege anvertrauten Person jemand anderem als der amtlich anfragenden Person entdecken, sollen für diese Übertretung . . . . . bestraft werden.

§ 523. Trunkenheit ist an demjenigen als Übertretung zu be-

---

*) **Unzuchtsakte, an weiblichen Geisteskranken vorgenommen, fallen unter die §§ 127, 128.**

strafen, der in der Berauschung eine Handlung ausgeübt hat, die ihm außer dieses Zustandes als Verbrechen zugerechnet würde . . . . . War dem Trunkenen aus Erfahrung bewußt, daß er in der Berauschung heftigen Gemütsbewegungen ausgesetzt sei, so soll der Arrest verschärft, bei größeren Übeltaten aber auf strengen Arrest bis zu sechs Monaten erkannt werden.

Gesetz über die Zwangsarbeits- und Besserungsanstalten.

§ 6. . . . . . In eine Zwangsarbeitsanstalt dürfen nicht aufgenommen werden: . . . . . 2. Geisteskranke (Blöde, Irrsinnige) . . . . .

Eine analoge Bestimmung gilt für die Besserungsanstalten.

## III. Österreichische Strafprozeßordnung.

§ 134. Entstehen Zweifel darüber, ob der Beschuldigte den Gebrauch seiner Vernunft besitzt oder ob er an einer Geistesstörung leide, wodurch die Zurechnungsfähigkeit desselben aufgehoben werden kann, so ist die Untersuchung des Geistes- und Gemütszustandes des Beschuldigten jederzeit durch zwei Ärzte zu veranlassen. Dieselben haben über das Ergebnis ihrer Beobachtungen Bericht zu erstatten, . . . . . und, falls sie eine Geistesstörung als vorhanden betrachten, die Natur der Krankheit, die Art und den Grad derselben zu bestimmen und sich sowohl nach den Akten sowie nach ihrer eigenen Beurteilung über den Einfluß auszusprechen, welchen die Krankheit auf die Vorstellungen, Triebe und Handlungen des Beschuldigten geäußert hat und noch äußert und ob und in welchem Maße dieser getrübte Geisteszustand zur Zeit der begangenen Tat bestanden hat.

Nach § 151, 164, 170, 171 sind diejenigen Personen nicht als Zeugen abzuhören, welche zur Zeit, als sie das Zeugnis ablegen sollen, wegen Leibes- oder Gemütsbeschaffenheit außer stande sind, die Wahrheit anzugeben; diejenigen, welche an einer erheblichen Schwäche des Wahrnehmungs- oder Erinnerungsvermögens leiden, dürfen nicht beeidigt werden.

§ 123. Die Sachverständigen können verlangen, daß ihnen aus den Akten oder durch Vernehmung von Zeugen jene Aufklärungen über bestimmte von ihnen bezeichnete Punkte gegeben werden, welche sie für das abzugebende Gutachten für erforderlich erachten. Wenn den Sachverständigen . . . . . die Einsicht der Untersuchungsakten unerläßlich erscheint, können ihnen . . . . . auch die Akten selbst mitgeteilt werden.

§ 126. Ergeben sich solche Widersprüche oder Mängel in Beziehung auf das Gutachten . . . . . und lassen sich die Bedenken

nicht durch eine nochmalige Verständigung der Sachverständigen beseitigen, so ist das Gutachten eines anderen oder mehrerer anderer Sachverständiger einzuholen.

Sind die Sachverständigen Ärzte oder Chemiker, so kann in solchen Fällen das Gutachten einer medizinischen Fakultät der im Reichsrate vertretenen Länder eingeholt werden . . . . .

§ 203. Verweigert der Beschuldigte die Antwort überhaupt oder stellt er sich . . . . . wahnsinnig oder blödsinnig, und ist der Untersuchungsrichter in letzteren Fällen . . . . . durch Vernehmung von Zeugen oder Sachverständigen von der Verstellung überzeugt, so ist der Beschuldigte lediglich aufmerksam zu machen, daß sein Verhalten die Untersuchung nicht hemmen, . . . . . könne.

§ 398. Wenn der zum Tode oder zu einer Freiheitsstrafe Verurteilte zur Zeit, wo das Strafurteil in Vollzug gesetzt werden soll, geisteskrank oder körperlich schwer krank ist, so hat die Vollziehung so lange zu unterbleiben, bis dieser Zustand aufgehört hat.

## IV. Österreichisches Militärstrafgesetz.

§ 3. Als Verbrechen kann eine Handlung oder Unterlassung nicht zugerechnet werden:

*a*) wenn der Täter des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist;

*b*) wenn die Tat bei abwechselnder Sinnesverrückung zu der Zeit, als die Verrückung dauerte oder

*c*) in einer ohne Absicht auf das Verbrechen zugezogenen vollen Berauschung (§ 7 und 797) oder einer anderen Sinnesverwirrung, in welcher der Täter sich seiner Handlung nicht bewußt war, begangen worden;

. . . . .

. . . . .

(§ 5, der im übrigen gleichlautend dem § 3 ist, besagt nur noch ausdrücklich: „Auch als Vergehen kann eine Handlung oder Unterlassung nicht zugerechnet werden: wenn . . . . . . usw.")

§ 7. Wenn Handlungen oder Unterlassungen, die sonst Verbrechen oder Vergehen wären, als solche deshalb nicht angesehen werden können, weil sie in einer ohne Absicht auf das Verbrechen oder Vergehen zugezogenen vollen Berauschung (§ 3*c* und § 5*c*) begangen wurden, so ist doch die Trunkenheit selbst als Vergehen zu bestrafen (§ 797).

§ 114. Milderungsumstände, welche auf die Person des Täters Beziehung haben, sind:

*a*) wenn der Täter . . . . . schwach an Verstand, . . . . . ist;

. . . . .

*d)* wenn er in einer das Bewußtsein nicht ganz ausschließenden Sinnesverwirrung, welche er sich jedoch nicht in Absicht auf die Verübung der Tat zugezogen hat, . . . . . sich zur Tat hat hinreißen lassen.

§ 269. Eines Verbrechens wider die Zucht und Ordnung macht sich schuldig:

. . . . .

*g)* wer im Dienste sich berauscht, jedoch weder einen Schaden verursacht noch eine Handlung verübt hat, die bei vorhandenem Bewußtsein als Verbrechen zu bestrafen wäre.

§ 797. Trunkenheit, die nach Vorschrift des § 7 wegen der in diesem Zustande begangenen Handlung oder Unterlassung zum Vergehen wird, soll mit Arrest von einem bis zu drei Monaten bestraft werden. War dem Trunkenen aus Erfahrung bewußt, daß er in der Berauschung heftigen Gemütsbewegungen ausgesetzt sei, so soll der Arrest verschärft, wenn aber aus der in der Trunkenheit begangenen Handlung oder Unterlassung wichtige Nachteile hervorgegangen sind, auf strengen Arrest bis zu sechs Monaten erkannt werden.

. . . . .

Die Tätigkeit, Pflichten und Rechte der Sachverständigen usw. sind in den §§ 203 bis 225 der österreichischen Militärstrafprozeßordnung enthalten.

§ 221 M. St. P. O. entspricht dem § 134 der Ö. St. P. O., § 214 M. St. P. O. dem § 126 Ö. St. P. O. (wobei an Stelle „einer medizinischen Fakultät der im Reichsrate vertretenen Länder“ nach der M. St. P. O. das k. und k. Militär-Sanitätskomitee trat).

## B. In Deutschland.

### I. Deutsches bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6. Entmündigt kann werden:

1. wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag;
2. . . . . .
3. wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.

Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt.

§ 104. Geschäftsunfähig ist:

1. . . . . .

2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist;
3. wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

§ 105. A. 2. Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.

§ 114. Wer wegen Geistesschwäche, wegen . . . . . Trunksucht entmündigt oder . . . . . ist, steht in Ansehung der Geschäftsunfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat.

§ 827. Wer im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich. Hat er sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden, den er in diesem Zustande widerrechtlich verursachte, in gleicher Weise verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele. Die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand geraten ist.

§ 828. . . . . . Wer das siebente, aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat, ist für einen Schaden, den er einem anderen zufügt, nicht verantwortlich, wenn er bei der Begehung der schädigenden Handlung nicht die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht hat. Das gleiche gilt von einem Taubstummen.

§ 1780. Zum Vormunde kann nicht bestellt werden, wer . . . . . wegen Geistesschwäche, . . . . . entmündigt ist.

§ 1865. Zum Mitgliede des Familienrates kann nicht bestellt werden, wer . . . . . wegen Geistesschwäche . . . . . entmündigt ist.

§ 1910. . . . . . Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

§ 1325. Eine Ehe ist nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit befand.

§ 1331. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Zeit der Eheschließung . . . . . in der Geschäftsfähigkeit beschränkt war, wenn die Eheschließung oder die Bestätigung ohne Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erfolgt ist.

§ 1333. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschließung . . . . . über solche persönliche Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.

§ 1569. Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

§ 2229. Wer in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, bedarf zur Errichtung des Testamentes nicht der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters . . . . .

. . . . .

Wer wegen Geistesschwäche . . . . . oder Trunksucht entmündigt ist, kann ein Testament nicht errichten. Die Unfähigkeit tritt schon mit der Stellung des Antrages ein, auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt.

§ 2243. Wer nach der Überzeugung des Richters oder des Notars stumm oder sonst am Sprechen verhindert ist, kann das Testament nur durch Übergabe einer Schrift errichten.

. . . . .

§ 2253. Ein Testament . . . . . kann von dem Erblasser jederzeit widerrufen werden. Die Entmündigung des Erblassers wegen Geistesschwäche . . . . . oder Trunksucht steht dem Widerrufe eines vor der Entmündigung errichteten Testamentes nicht entgegen.

## II. Deutsches Strafgesetz.

§ 51. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

(§ 52 handelt von „unwiderstehlicher Gewalt“ analog dem § 2 *g*, Ö. Str. G.)

§ 58. Ein Taubstummer, welcher die zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer von ihm begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht besaß, ist freizusprechen.

§ 175. Die widernatürliche Unzucht, welche zwischen Personen

männlichen Geschlechtes oder von Menschen mit Tieren begangen wird, ist mit Gefängnis zu bestrafen; . . . . .

§ 176. 2. Mit Zuchthaus . . . . . wird bestraft, wer eine in einem willenlosen oder bewußtlosen Zustande befindliche oder eine geisteskranke Frauensperson zum außerehelichen Beischlafe mißbraucht.

. . . . .

§ 177. Mit Zuchthaus wird bestraft, wer . . . . . eine Frauensperson zum außerehelichen Beischlafe mißbraucht, nachdem er sie zu diesem Zwecke in einen willenlosen oder bewußtlosen Zustand versetzt hat.

. . . . .

§ 183. Wer durch eine unzüchtige Handlung öffentlich ein Ärgernis gibt, wird mit Gefängnis . . . . . bestraft.

. . . . .

§ 224. Hat die Körperverletzung zur Folge, daß der Verletzte . . . . . in Siechtum . . . . . oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus . . . . . zu erkennen.

* * *

Aus der deutschen Zivilprozeßordnung sind die §§ 623, 646, 654, 655, 656, 671 und 675 für den Psychiater von Belang.

## III. Deutsche Strafprozeßordnung.

§ 52. 3. Zur Verweigerung des Zeugnisses sind berechtigt Ärzte in Ansehung dessen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut ist.

Die bezeichneten Personen dürfen das Zeugnis nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.

§ 56. Unbeeidigt sind zu vernehmen:

1. Personen, welche . . . . . wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung haben.

§ 75. Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung Folge zu leisten, wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderten Art öffentlich bestellt ist oder wenn er die Wissenschaft, . . . . ., deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerbe ausübt oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.

§ 76. Dieselben Gründe, welche einen Zeugen berechtigen, das Zeugnis zu verweigern, berechtigen einen Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens.

§ 80. Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vor-

bereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden.

Zu demselben Zwecke kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, der Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten beizuwohnen und an dieselben unmittelbar Fragen zu stellen.

§ 81. Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers anordnen, daß der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde.

Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

§ 83. Der Richter kann eine neue Begutachtung durch dieselben oder durch andere Sachverständige anordnen, wenn er das Gutachten für ungenügend erachtet.

. . . . .

In wichtigen Fällen kann das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden.

§ 203. Vorläufige Einstellung des Verfahrens kann beschlossen werden, wenn dem weiteren Verfahren Abwesenheit des Angeschuldigten, . . . . . der Umstand entgegensteht, daß derselbe nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist.

§ 298. . . . . . so muß die Nebenfrage gestellt werden, ob er bei Begehung der Tat die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen habe. Dasselbe gilt, wenn ein Angeklagter taubstumm ist.

§ 485. 2. An schwangeren oder geisteskranken Personen darf ein Todesurteil nicht vollstreckt werden.

§ 487. Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.

* * *

## C. Aus der kaiserl. Verordnung vom 28. Juni 1916 über die Entmündigung sei anhangweise folgendes zitiert.

### I. Abschnitt.

§ 1. 1. Personen im Alter über sieben Jahre, die wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche unfähig sind, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen, können voll entmündigt werden.

2. Volljährige, die zwar nicht unfähig sind, ihre Angelegenheiten zu besorgen, aber wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zur gehörigen Besorgung ihrer Angelegenheiten eines Beistandes bedürfen, können beschränkt entmündigt werden.

§ 2. Volljährige können ferner beschränkt entmündigt werden:

1. . . . . .
2. Wenn sie wegen gewohnheitsmäßigen Mißbrauches von Alkohol (Trunksucht) oder von Nervengiften sich oder ihre Familie der Gefahr des Notstandes preisgeben oder die Sicherheit anderer gefährden oder eines Beistandes zur gehörigen Besorgung ihrer Angelegenheiten bedürfen.

§ 3. Wer voll entmündigt ist, steht hinsichtlich seiner Handlungsfähigkeit einem Kinde vor vollendetem siebenten Lebensjahre gleich . . . . .

§ 4. 1. Wer beschränkt entmündigt ist, steht einem mündigen Minderjährigen gleich und erhält einen Beistand.

2. Wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche beschränkt Entmündigte können nur mit Einwilligung des Beistandes oder des Gerichtes eine Ehe eingehen und können nur mündlich vor Gericht testieren (§ 569 a. b. G. B.).

. . . . . .

§ 6. 1. Die Bestimmungen der §§ 176, 1210 und 1494 a. b. G. B. finden auf Personen Anwendung, die wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche voll oder beschränkt entmündigt sind.

2. Die Bestimmungen der §§ 176, 568, 718 und 1210 a. b. G. B. gelten für alle Personen, die nach dieser kais. Verordnung . . . . . wegen gewohnheitsmäßigen Mißbrauches von Alkohol (Trunksucht) oder von Nervengiften beschränkt entmündigt sind.

## IV. Abschnitt.

§ 50. 1. Wenn die Voraussetzungen für die Entmündigung nicht mehr vorliegen, ist die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche von Amts wegen oder auf Antrag, die Entmündigung wegen . . . . . Trunksucht oder wegen Mißbrauches von Nervengiften nur auf Antrag aufzuheben.

2. Wenn die Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zwar noch nicht behoben, aber so weit gebessert ist, daß beschränkte Entmündigung genügt, so kann das Gericht die volle Entmündigung in beschränkte umwandeln.

**(Die übrigen Bestimmungen des 74 Paragraphe umfassenden Entwurfes sind teils formell-prozessualer Art, teils haben sie mehr für Anstaltsärzte, beziehungsweise -leiter Interesse.)**

## D. Österreichischer Strafgesetzentwurf.

§ 3. Nicht strafbar ist, wer zur Zeit der Tat wegen Geistesstörung, Geistesschwäche oder Bewußtseinsstörung nicht die Fähigkeit besaß, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen.

§ 4. War die Fähigkeit des Täters, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen, zur Zeit der Tat infolge eines andauernden krankhaften Zustandes wesentlich vermindert, so ist an Stelle der Todesstrafe auf lebenslangen Kerker zu erkennen. Hat der Täter eine Freiheitsstrafe verwirkt, deren Vollzug in ihrer regelmäßigen Art seinen Zustand verschlimmern würde, so ordnet das Gericht an, daß die Strafe nach den der Eigenart solcher Personen angepaßten Vorschriften vollzogen werde. Der Vollzug solcher Strafen findet in einer besonderen Strafanstalt oder in einer besonderen Abteilung einer Strafanstalt oder eines Gefangenenhauses statt.

§ 6. Wer zur Zeit der Tat im Alter vom vollendeten vierzehnten bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahre stand (Jugendlicher), ist nicht strafbar, wenn er wegen zurückgebliebener Entwicklung oder mangels der geistigen Reife nicht die Fähigkeit besaß, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen.

Ein Jugendlicher, der aus diesem Grunde nicht strafbar ist, wird der Fürsorgeerziehung überwiesen, sofern die häusliche Zucht nicht ausreicht.

§ 36. Ein Geisteskranker oder Trunksüchtiger, der eine strenger als mit sechs Monaten Freiheitsstrafe bedrohte Tat begangen hat, und wegen Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat nicht verfolgt und nicht verurteilt werden kann, wird an eine staatliche Anstalt für verbrecherische Irre abgegeben, wenn er wegen seines kranken Geisteszustandes und mit Rücksicht auf seinen Lebenswandel und die Eigenart seiner Tat als besonders gefährlich für die Sittlichkeit oder für die Sicherheit der Person oder des Vermögens (gemeingefährlich) anzusehen ist.

Der Kranke bleibt in der Anstalt, solange seine Gemeingefährlichkeit dauert. Die Entlassung kann endgiltig oder auf Widerruf geschehen.

. . . . .

§ 37. Der zur Freiheitsstrafe verurteilte Täter eines Verbrechens oder eines mit einer sechs Monate übersteigenden Freiheitsstrafe bedrohten Vergehens, dessen Fähigkeit, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen, zur Zeit der Tat infolge eines andauernden krankhaften Zustandes wesentlich vermindert war, kann nach dem Vollzuge der Strafe weiterhin verwahrt werden, wenn er wegen seines Zustandes und mit Rücksicht auf seinen Lebenswandel und die Eigenart seiner Tat als gemeingefährlich anzusehen ist.

Das Gericht spricht die Zulässigkeit der Verwahrung im Urteil

aus und ordnet sodann auf Grund der Ergebnisse des Strafvollzugs an, daß der Sträfling in einer besonderen Abteilung der in § 36 bezeichneten Anstalten zu verwahren sei, wenn seine Gemeingefährlichkeit nicht behoben ist.

Die Entlassung kann endgiltig oder auf Widerruf erfolgen.

. . . . .

§ 263.

1. Wer eine Person weiblichen Geschlechtes, die wehrlos oder bewußtlos ist oder wegen Geistesstörung oder Geistesschwäche die Bedeutung des Vorganges nicht zu verstehen vermag, zum außerehelichen Beischlafe mißbraucht, wird . . . . . bestraft.
2. Wer eine Person weiblichen Geschlechtes, die wehrlos oder bewußtlos ist oder wegen Geistesstörung oder Geistesschwäche die Bedeutung des Vorganges nicht zu verstehen vermag, zur Unzucht mißbraucht, wird . . . . . bestraft.

§ 269.

1. Wer mit einer Person desselben Geschlechtes Unzucht treibt, wird . . . . . bestraft.
2. . . . . .
3. . . . . .

§ 270.

1. . . . . .
2. Wer eine Person desselben Geschlechtes, die wehrlos oder bewußtlos ist oder wegen Geistesstörung oder wegen Geistesschwäche die Bedeutung des Vorganges nicht zu verstehen vermag, zur Unzucht mißbraucht, wird . . . . . bestraft.

## E. Deutscher Strafgesetzentwurf.

§ 43. Ist eine strafbare Handlung auf Trunkenheit zurückzuführen, so kann das Gericht neben der Strafe dem Verurteilten den Besuch der Wirtshäuser auf die Dauer bis zu einem Jahre verbieten. Ist Trunkenheit festgestellt, so kann das Gericht . . . . . die Unterbringung des Verurteilten in eine Trinkerheilanstalt, . . . . . anordnen, . . . . .

. . . . .

§ 63. Nicht strafbar ist, wer zur Zeit der Handlung geisteskrank, blödsinnig oder bewußtlos war, so daß dadurch seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wurde.

War die freie Willensbestimmung durch einen der vorbezeichneten Zustände zwar nicht ausgeschlossen, jedoch in hohem Grade vermindert, so finden hinsichtlich der Bestrafung die Vorschriften über den Versuch § 76 Anwendung. Zustände selbstverschuldeter Trunkenheit sind hievon ausgenommen.

Freiheitsstrafen sind an den nach Absatz 2 Verurteilten unter Berücksichtigung ihres Geisteszustandes und soweit dieser es erfordert, in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken.

§ 64. War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit und hat der Täter in diesem Zustand eine Handlung begangen, die auch bei fahrlässiger Begehung strafbar ist, so tritt die für die fahrlässige Begehung angedrohte Strafe ein.

§ 65. Wird jemand auf Grund des § 63 Absatz 1 freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt oder auf Grund des § 63 Absatz 2 zu einer milderen Strafe verurteilt, so hat das Gericht, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, seine Verwahrung in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt anzuordnen. War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit, so finden auf den Freigesprochenen oder außer Verfolgung Gesetzten außerdem die Vorschriften des § 43 über die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt entsprechende Anwendung.

§ 70. Die Freiheitsstrafen gegen Jugendliche sind in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken. Dabei sind die voll zurechnungsfähigen Jugendlichen von vermindert Zurechnungsfähigen vollständig abzusondern.

Freiheitsstrafen gegen vermindert zurechnungsfähige Jugendliche können auch in staatlich überwachten Erziehungs-, Heil- oder Pflegeanstalten vollzogen werden.

§ 244. Mit Zuchthaus . . . . . . wird bestraft, wer

1. . . . . .
2. eine bewußtlose oder sonst zum Widerstand unfähige oder eine geisteskranke Frauensperson zum außerehelichen Beischlaf mißbraucht,
3. . . . . .

§ 250. Die widernatürliche Unzucht mit einer Person gleichen Geschlechtes wird mit Gefängnis bestraft.

. . . . .

Die Strafe des Absatzes 1 findet auch auf die widernatürliche Unzucht mit Tieren Anwendung.

## Das Entmündigungsverfahren.

Die Angehörigen*) oder der Staatsanwalt beim Gerichtshofe erster Instanz, in dessen Sprengel sich das zuständige Gericht befindet, stellen bei dem Bezirksgericht, in dessen Sprengel der fragliche Geisteskranke

*) Um das Entmündigungsverfahren über einen Geisteskranken einzuleiten, ist es also nicht notwendig, daß derselbe in einer Anstalt oder an einer psychiatrischen Klinik interniert sei, sondern es muß einfach an das zuständige Bezirksgericht ein

zuletzt wohnte, den Antrag, worauf das Gericht einen oder zwei Gerichtsärzte mit der Ermittlung des Geisteszustandes betraut und die Untersuchung für einen bestimmten Tag festsetzt (in Anstalten werden gewöhnlich mehrere Kranke gruppenweise vorgenommen). Die Kommission besteht aus dem Richter, einem oder zwei Gerichtsärzten, einem Schreiber und einer Persönlichkeit (z. B. Anstaltsarzt), welche für die Identität des Exploranden gutsteht. Nach abgeschlossener Untersuchung gehen die Akten an das Landesgericht in Zivilrechtssachen, welches dann eventuell die Kuratelsverhängung verfügt. Die Kuratelsverhängung wird ausgesprochen wegen gerichtlich erhobenen Blödsinnes oder Wahnsinnes; bei heilbaren oder zweifelhaften Fällen wird gewöhnlich kein definitives Urteil gefällt, sondern eine mehrmonatliche Frist gegeben, während welcher Zeit ein provisorischer Kurator aufgestellt wird (vide auch unter „Entlassung"). Ein vorläufiger Beistand wird auch in dringenden Fällen auf Antrag oder von Amts wegen bestellt nach der Aufnahme in eine Irren- oder ähnliche Pflegeanstalt oder nach Einleitung des Entmündigungsverfahrens.

Behufs Aufhebung der Kuratel schreitet der Entmündigte, beziehungsweise sein Kurator, die Anstaltsdirektion usw. um neuerliche Untersuchung des Geisteszustandes ein. Auch hier erfolgt wieder eine Kommission unter den oben angegebenen Formen, worauf das Protokoll dem Landesgerichte zur richterlichen Entscheidung vorgelegt wird.

## Aufnahme Geisteskranker in die Irrenanstalt usw.

Die Aufnahme von Irrsinnigen in die Irrenanstalt ist in Österreich durch Verordnungen (Verordnung des Ministeriums des Innern und der Justiz vom 14. Mai 1874, R. G. Bl. Nr. 71, teilweise abgeändert durch M. V. vom 4. Juli 1878, Nr. 87, und kais. Verordnung, l. c.) und Statuten, beziehungsweise Statthalterei- und Landesausschußerlässe geregelt.

Zur Aufnahme erforderlich ist im allgemeinen ein amtsärztliches Zeugnis, welches die Geisteskrankheit und Gemeingefährlichkeit des betreffenden Patienten bestätigt.

Für Wien speziell bestehen unter anderem folgende Normen (Übereinkommen zwischen der k. k. n. ö. Statthalterei und dem n. ö. Landesausschusse vom 29. März 1899, giltig vom 15. April 1899,

---

genügend motiviertes (ärztliches Zeugnis, das nicht älter als 14 Tage sein darf) Ansuchen um Überprüfung des Geisteszustandes gerichtet werden. So selbstverständlich das eben Gesagte ist, sei es doch speziell betont, da erfahrungsgemäß diesbezüglich manche Hausärzte nicht genügend aufgeklärt sind. Nach § 34 der kaiserlichen Verordnung vom Juli 1916 kann das Gericht auch eine höchstens drei Monate währende Beobachtung in einer Heilanstalt anordnen.

und Statut der n. ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten am Steinhof, Wien, XIII. Bezirk, genehmigt mit A. H. Entschließung vom 15. September 1907, verlautbart im Landesgesetz- und Verordnungsblatt für das Erzherzogtum Österreich unter der Enns vom 7. Dezember 1907, XXXII. Stück, Nr. 142).

Art. 4, *a*) (Übereinkommen usw.). Alle offenkundig der Irrenanstaltsbehandlung Bedürftigen werden in die n. ö. Landes-Irrenanstalt,

*b*) unheilbare Geisteskranke, die nur der Versorgung bedürftig, in die Armenpflege*),

*c*) alle übrigen Geisteskranken und Irsinnsverdächtigen in die Beobachtungsstation des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien abgegeben.**)

Diese Bestimmungen beziehen sich auf alle Kranke ohne Unterschied der Zuständigkeit. Die Aufnahme nur Irrsinnsverdächtiger in die Landes-Irrenanstalten ist ausgeschlossen. Nicht nach Wien zuständige Geisteskranke werden seinerzeit nach erfolgter Konstatierung ihrer Zuständigkeit in die betreffende heimatliche Landes-Irrenanstalt abgeschoben.

Zur Aufnahme sind folgende Formalitäten zu erfüllen: (oben zitiertes Statut der usw.)

(§ 14.) Zur Erwirkung der Aufnahme von Geisteskranken sind an Aufnahmsdokumenten erforderlich:

1. Ein Tauf- oder Geburtszeugnis.

2. Die auf persönlicher Untersuchung beruhende Beurkundung und Beschreibung der Geistesstörung, ihrer Art und bisherigen Dauer durch einen zur Ausübung der Praxis in den im Reichsrate vertretenen Königreichen und Ländern berechtigten Arzt, und zwar, wenn der Kranke in ärztlicher Behandlung gestanden ist, womöglich durch denjenigen Arzt, welcher bisher die Behandlung geleitet hat. Das Zeugnis muß in jenen Fällen, in welchen die Unterbringung eines Geisteskranken zum Zwecke der Irrenanstaltsbehandlung in Frage kommt, die ausdrückliche Bestätigung enthalten, daß der Aufzunehmende geisteskrank und der Aufnahme in eine Irrenanstalt bedürftig ist. Wenn ein solches Zeugnis nicht von einem landesfürstlichen Amtsarzte (Bezirksarzt, Wiener Polizeiarzt), dem Amtsarzte einer der Städte mit eigenem Statut oder einem beeideten Gerichtsarzte ausgestellt ist, bedarf es der Beglaubigung durch einen staatlichen Amtsarzt.

---

*) Gegenwärtig teilt sich auch die Pflegeanstalt der n.-ö. Landesanstalten am Steinhof mit der Armenpflege (Siechenhäuser usw.) in der Aufnahme unheilbarer, aber harmloser Geisteskranker.

**) Psychiatrische Klinik. Anmerkung des Verfassers.

Diese Beglaubigung kann jedoch entfallen:

*a)* bei Geisteskranken, welche aus einer öffentlichen Irren-, Kranken-, Idioten-, Siechen- oder Armenanstalt, einem Militärspitale oder einer Strafanstalt übernommen werden, wenn die Beurkundung und Beschreibung der Geistesstörung von einem Arzte der betreffenden Anstalt ausgestellt ist;

*b)* bei armen, unheilbaren, nicht gemeingefährlichen Geisteskranken, deren Aufnahme von einer Armenbehörde des flachen Landes oder der Gemeinde Wien beantragt wird, wenn das ärztliche Zeugnis von einem Armen- oder Gemeindearzte ausgefertigt wurde.

Das Zeugnis soll zur Zeit der Beibringung nicht über 14 Tage alt sein. Aus der Fassung desselben soll ausdrücklich hervorgehen, ob es zum Zwecke der Aufnahme eines heilbaren, der Verwahrung eines unheilbaren, gemeinschädlichen oder Verpflegung eines unheilbaren, harmlosen Geisteskranken ausgestellt ist. Im Falle der Gemeingefährlichkeit muß dieselbe besonders begründet werden.

3. Die amtliche Nachweisung der Zuständigkeit des Kranken (Heimatschein oder sonstiges legales Zuständigkeitsdokument).

4. Die Erklärung, ob die Verpflegung gegen ganze oder teilweise Bezahlung aus dem eigenen Vermögen oder von anderen und nach welcher Verpflegsart erfolgen soll; insofern diese Erklärung (Zahlungsrevers) von Privaten ausgestellt wird, muß dieselbe die Verpflichtung enthalten, die Verpflegsgebühr mindestens monatlich im vorhinein bei der Anstaltskasse zu entrichten und muß die Zahlungsfähigkeit des Reverslegers amtlich bestätigt sein; bei Ausländern ist die Bürgschaftserklärung eines Inländers für den vollständigen Kostenersatz beizubringen und muß in diesem Falle die Zahlungsfähigkeit des letzteren amtlich bestätigt sein. Wenn die soziale Stellung des Reverslegers die Zahlungsfähigkeit mit Bestimmtheit voraussetzen läßt, kann von dem Verlangen nach Beibringung einer amtlichen Bestätigung der Zahlungsfähigkeit Umgang genommen werden. Bei Ausländern kann an Stelle der Bürgschaftserklärung eines Inländers der Erlag einer Kaution in der Mindesthöhe der dreimonatlichen Verpflegsgebühr gesetzt werden. Diese Kaution muß bis zum Abgange des Patienten aus der Anstalt deponiert bleiben.

5. Im Falle der gänzlichen oder teilweisen Zahlungsunfähigkeit das vorgeschriebene Armutszeugnis.

6. Die Angabe des gerichtlich bestellten Kurators oder, falls noch kein solcher bestellt ist, die Bezeichnung jener Person, die bis dahin den Kranken in seinem Verhältnis zu der Anstalt zu vertreten haben wird.

(Aus § 15.) Das mit den in § 14 angeführten Aufnahmsdoku-

menten belegte Ansuchen um Aufnahme eines Geisteskranken in die „Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten am Steinhofe in Wien XIII" ist in jenen Fällen, in welchen es sich um heilbare oder um unheilbare gemeinschädliche Geisteskranke handelt, an die Direktion einzusenden, welche die Aufnahme der Kranken im eigenen Wirkungskreise gegen nachträgliche Berichterstattung an den Landesausschuß des Erzherzogtumes Österreich unter der Enns zu verfügen berechtigt ist.

In jenen Fällen, in welchen gemeingefährliche Geisteskranke, die zur Unterbringung in die Anstalt geeignet sind, durch die politischen Behörden oder die Polizeidirektion in Wien aus öffentlichen Rücksichten der Anstalt zugewiesen werden, darf die Aufnahme nicht verweigert werden.

In dringenden Fällen kann ein gemeingefährlicher Geisteskranker auch nur gegen Beibringung des ärztlichen Zeugnisses durch die Anstaltsdirektion aufgenommen werden und sind die weiters vorgeschriebenen Aufnahmsdokumente in kürzester Frist nachzutragen.

In Fällen, in welchen es sich um die sofortige Unterbringung eines Geisteskranken in der Anstalt wegen Gemeingefährlichkeit handelt und ein vorschriftsmäßig ausgefertigtes ärztliches Zeugnis nicht mit der nötigen Schnelligkeit beschafft werden konnte, oder wenn der Kranke aus dem Auslande kommt und ein von einem öffentlichen Arzte ausgestelltes, behördlich beglaubigtes Zeugnis nicht beigebracht wird, ist es dem Direktor unter seiner Verantwortung zwar gestattet, den Geisteskranken provisorisch aufzunehmen, doch hat er dem Polizeikommissariate des Bezirkes, in welchem die Anstalt sich befindet, längstens binnen 24 Stunden hievon die Anzeige zu machen, damit die Zulässigkeit des weiteren Verbleibens der betreffenden Person in der Anstalt im Wege einer amtsärztlichen Untersuchung konstatiert werde.

Nach dem III. Abschnitte der kais. Verordnung vom 28. Juni 1916 hat der Leiter einer Irrenanstalt dem zuständigen Bezirksgerichte innerhalb 24, längstens 48 Stunden die Aufnahme eines jeden Geisteskranken anzuzeigen, der nicht freiwillig eingetreten ist. Im letzteren Falle muß eine vor dem Anstaltsleiter und zwei Zeugen abgegebene schriftliche Erklärung die diesbezügliche Bestätigung bringen. Auch bei Freiwilligen ist aber sofort die obige Anzeige zu erstatten, falls der Kranke in seiner Freiheit irgendwie beschränkt wird. Schon zur Untersuchung, ob eine Anhaltung in einer Anstalt überhaupt zulässig ist, hat eine gerichtliche Kommission mit einem bis zwei Sachverständigen stattzufinden (also nicht zu verwechseln mit der Kommission beim Entmündigungsverfahren) (§ 16 bis 24, l. c.).

## Die Entlassung Geisteskranker.

Die Entlassung eines Geisteskranken geschieht entweder „als geheilt", gegen Revers oder in häusliche Pflege oder in die sogenannten Versorgungsanstalten.

Die Anstaltsdirektion kann jeden Patienten, der nach ihrem Gutachten geheilt oder gesund ist, entlassen, sie ist diesbezüglich vollständig unabhängig, kann z. B. nicht gezwungen werden, einen Fall als krank in der Anstalt zurückzubehalten, den eine landesgerichtliche Kommission eventuell als mit Blödsinn oder Wahnsinn behaftet definitiv unter Kuratel gestellt hat, wofern die Direktion die Überzeugung gewonnen hat, daß der Betreffende geheilt oder gesund sei.*) Umgekehrt ist aber selbstverständlich die Direktion verpflichtet, jede Aufnahme zu entlassen, welche gelegentlich der landesgerichtsärztlichen Untersuchung für gesund oder geheilt erklärt wurde. (Freilich besitzt übrigens auch die Anstalt ein Rekursrecht, § 24, 1, l. c.)

Nicht gemeingefährliche, unheilbare oder gebesserte Kranke kann die Direktion ferner ohne weitere Formalitäten den Angehörigen auf deren Wunsch übergeben (Entlassung in häusliche Pflege).

Trägt die Direktion aus irgendwelchen Gründen Bedenken, der Familie oder einer anderen bestimmten Persönlichkeit einen Geisteskranken ohneweiters anzuvertrauen, so können die Betreffenden einen sogenannten „Revers" verlangen, d. h. sie verpflichten sich durch ein Schriftstück zur Einhaltung gewisser besonderer, von der Direktion in jedem einzelnen Falle speziell anzugebender Bedingungen der Überwachung und Pflege usw. Die Bestätigung dieses „Reverses" unterliegt der Kompetenz der politischen Behörde (Polizeikommissariat, Bezirkshauptmannschaft, Bürgermeisteramt), welche gewöhnlich durch ihre ärztlichen Organe speziell untersuchen läßt, ob die Reversleger imstande sind, die geforderten Bedingungen zu erfüllen. Sobald aber dieser Revers amtlich bestätigt ist, muß der betreffende Kranke den Angehörigen über deren Wunsch ohneweiters übergeben werden, auch wenn die Anstaltsleitung sehr gewichtige — leider nur allzuoft hinterher durch irgendwelche Schreckenstaten seitens des Irren als völlig berechtigt bestätigte — Bedenken gegen die Entlassung hegt.

Endlich kann die Direktion unheilbare, aber nicht gemeingefährliche Kranke auch in die Siechenanstalten und Versorgungshäuser usw. versetzen.

Gegen eine widerrechtliche „Einsperrung" und Zurückhaltung eines Geistesgesunden in einer Irrenanstalt, welche Gefahr noch immer wie ein Schreckgespenst in den Köpfen vieler (leider auch gebildeter)

*) Die Direktion setzt das betreffende Kuratelgericht von der Entlassung geheilter, aber noch unter Kuratel stehender Personen in Kenntnis.

Laien spukt, gewährt schon, abgesehen von allem übrigen, der Umstand Sicherheit, daß jeder noch nicht unter Kuratel stehende Kranke sofort behufs gerichtsärztlicher Untersuchung seines Geisteszustandes, speziell mit Rücksicht auf die Frage der Zulässigkeit der Anstaltsanhaltung, seitens der Anstaltsleitung dem Landesgerichte angezeigt werden muß, und daß gemäß § 24, 1, l. c. obendrein den Angehaltenen und dessen Vertretern das Rekursrecht zusteht.

Die Kenntnis zahlreicher anderer Normen, Statuten, Erlässe usw. hat wohl nur für Anstaltsärzte, nicht aber für den Praktiker, für den dieses Buch bestimmt ist, Interesse, sie dürfen daher an dieser Stelle füglich unberücksichtigt bleiben. Genaueres wäre in dem oben zitierten R. G. Bl. Nr. 71, 1874, in der kais. Verordnung, R. G. Bl. Nr. XCIII, 1916, sowie in den Statuten der einzelnen öffentlichen und privaten Irrenanstalten nachzulesen.

---

## Anhang C.

# DIE FÜR DEN MILITÄRPSYCHIATER WICHTIGSTEN BESTIMMUNGEN.

### A. In Österreich.

Abgesehen von den schon oben angeführten Paragraphen des M. St. G. und der M. St. P. O. kommen folgende Bestimmungen in Betracht:

Laut Db. Nr. 1, P. 81 macht ein unheilbares geistiges Gebrechen den Träger zu jedem militärischen Dienste untauglich; eine auch überstandene heilbare Geisteskrankheit schließt die Tauglichkeit zu jedem anderen Dienste als zu Hilfsdiensten ohne Waffen aus.

Des genaueren bestimmt der Kriegsministerialerlaß, Abt. IX/VG, Nr. 8900/17, vom 8. Jänner 1918 (Beiblatt zum V. Bl. Nr. 3 vom 12. Jänner 1918), daß die schwersten Grade von Schwachsinn, psychopathischer Minderwertigkeit, psychopathisch-hysterischer Konstitution, ferner alle ungeheilten und alle nach einer Geistesstörung im engeren Sinne geheilten Fälle als invalid, zu jedem Dienste ungeeignet zu qualifizieren sind; von den Geheilten kommen für Landsturmdienste ohne Waffen nur jene in Betracht, die nach ganz kurzer Behandlung entlassen worden sind. Die leichtesten Grade von Schwachsinn, psychopathischer Minderwertigkeit, psychopathisch-hysterischer Konstitution sowie alle ganz flüchtigen Störungen, die praktisch nicht als Psychosen zu werten sind, wie pathologische Rausch-, akute hysterische Affektzustände, Alkoholdelirien usw. heben die Tauglichkeit zum Hilfs-, beziehungsweise Waffendienst nicht auf. Die Klassifikation „derzeit untauglich" hat einzutreten bei Fällen, wo voraussichtlich in wenigen Monaten wieder Berufsfähigkeit und Militärdiensttauglichkeit eintreten wird, z. B. bei manischen, depressiven Attacken usw.

Bei Abfertigung von Geisteskranken seitens der Militärsanitäts- und Irrenanstalten sind die zu militärischen Diensten Geeigneten mit Konstatierungsbefund über den Grad der Diensttauglichkeit an die

frühere militärische Dienststelle (Ersatzkörper) zu senden. Bei denen, die in häusliche Pflege oder in Anstaltsbehandlung übergeben werden, schickt die Militärsanitätsanstalt dem Ersatzkörper u. s. f. den Bericht und Gutachten sofort, wenn keine Heimatserhebungen erforderlich sind; wo letztere eingeleitet wurden, genügt es, den Ersatzkörper kurz über Geisteszustand und Aufenthalt zu benachrichtigen mit der Aufforderung, den Truppenbericht einzuschicken. Nach Einlangen der Heimatserhebungen und des Truppenberichtes übersendet die Militärsanitätsanstalt Bericht und Gutachten dem Ersatzkörper zwecks Vorlage an das Militärkommando, in dessen Bereich die Anstalt gelegen ist, die den Kranken endgiltig aus der Pflege entlassen hat, sei es in häusliche Pflege, sei es durch Abgabe an eine Irrenanstalt. Heimatserhebungen sind nur über die im Hinterlande erkrankten*) und über die mit folgenden Defektzuständen behafteten Mannschaftspersonen zu pflegen: Schwachsinn, psychopathische Minderwertigkeit, psychopathisch-hysterische Konstitution, Folgezustände und Ausgangsstadien abgelaufener Geisteskrankheiten, chronische Vergiftungen mit Alkohol, Morphium u. a. Letztere haben nur dann Versorgungsanspruch, wenn die Verschlechterung ihres geistigen Gesundheitszustandes zu einer erheblichen Beeinträchtigung ihrer Fähigkeit zur Ausübung ihres letzten Berufes geführt hat. Die Einleitung der Heimatserhebungen obliegt jener Militärsanitätsanstalt, in welcher der Kranke in Beobachtung steht.

Der militärärztliche Bericht hat außer dem Gutachten noch folgende Daten zu enthalten:

1. Wann, von wem und an welche Sanitätsanstalt wegen Geistesstörung abgegeben, eventuell einfache Feststellung, daß der Betreffende vom Felde oder aus Kriegsgefangenschaft als geistesgestört zurückgekehrt ist;
2. wann das Leiden entstanden ist, beziehungsweise ob Verschlechterung des Geisteszustandes während der aktiven Dienstzeit eingetreten ist;
3. Grad der Diensttauglichkeit;
4. Beeinträchtigung der Berufsfähigkeit in Perzenten;
5. wenn ein Anspruch auf Verwundungszulage vorliegt, Antrag auf eine bestimmte Verwundungszulage, Begründung des Antrages;
6. Antrag auf Invalidenhauspension bei bleibend arbeitsunfähigen, hilflosen und pflegebedürftigen Geisteskranken, ebenso bei bleibend arbeitsunfähigen, hilflosen und pflegebedürftigen Kopfverletzten („Gehirnkrüppel“); bei vorübergehenden psychischen Krankheits-

*) D. h. bei solchen, die nie im Felde waren. Versorgungsberechtigt sind aber auch solche, die wegen eines körperlichen Leidens vom Felde abgeschoben wurden und erst nachträglich in einer Militärsanitätsanstalt geistig erkrankten.

zuständen, die mit Arbeitsunfähigkeit und Hilflosigkeit einhergehen, z. B. schwer stuporösen Zustandsbildern und dergleichen, Antrag auf zeitliche Personalzulage in der Höhe der Differenz von der Invalidenpension auf die Invalidenhauspension;

7. wenn der Kranke an eine Irrenanstalt abgegeben wurde, die Bemerkung, daß die im Anstaltsverfahren vorgeschriebene Anzeige nicht erstattet wurde (vergl. Justizministerialerlaß ex 1916);
8. bei Entlassung in häusliche Pflege Vermerk über Auszahlung des Pauschales;
9. in jedem Falle Aufenthaltsort des Kranken, z. B. in häusliche Pflege mit Revers nach . . . . usw.

Bei Entlassung in häusliche Pflege genügt ein Exemplar dieses Berichtes an den zuständigen Ersatzkörper, bei Abgabe an eine Irrenanstalt ist ein Exemplar außerdem für diese Heilanstalt und ferner eines für die Intendanz des zuständigen Militärkommandos anzufertigen.

(Geisteskranke Militärsträflinge sind im Einvernehmen mit dem Militärkommando in Pozsony an die Abteilung für Geisteskranke im Reservespital in Nagyszombat abgegeben worden.)

Von vielen anderen Punkten des obzitierten Kriegsministerialerlasses, die nicht speziell für den Arzt von Wichtigkeit sind, sei nur noch hervorgehoben, daß Kranken, die wegen Platzmangels noch im Zustande der Rekonvaleszenz oder gegen das Urteil der Anstaltsärzte über gerichtsärztlich-kommissionellen Beschluß geheilt entlassen werden mußten, über Antrag der Heilanstalt die zeitliche Invalidenpension bewilligt werden kann.

Geisteskranke Mannschaftspersonen werden nach obigem Erlasse und laut Db. A, 42, § 42 *b*, nicht einer Superarbitrierungskommission vorgestellt, sondern auf Grund der Beobachtung in einer Militärsanitätsanstalt mittels ärztlichen Berichtes und Gutachtens zur Ausscheidung aus dem Heeresverbande beantragt, wenn Psychose schon vorher bestanden hatte, beziehungsweise standesbehandelt nach den Bestimmungen obigen Erlasses.

Geisteskranke Offiziere werden gemäß Db. A, 42, § 3, nach Kuratelisierung, ohne Vorstellung vor die Superarbitrierungskommission, entweder sofort in das Ruhestandsverhältnis versetzt oder zunächst mit Wartegebühr beurlaubt.

Bei Abgabe von Reserve-, beziehungsweise Landsturmoffizieren in eine Irrenanstalt . . . . das Ärar hat mit gewissen Sanatorien bezüglich geisteskranker Gagisten bestimmte Verträge . . . . werden in der Regel Heimatserhebungen dem Militärkommando vorzulegen sein.

(Hinsichtlich des Entmündigungsverfahrens und dergleichen gelten

selbstverständlich die betreffenden zivilgerichtlichen Bestimmungen des a. b. G. B. und des mehrfach zitierten Justizministerialerlasses ex 1916.)

Dem Truppenarzte seien nachdrücklichst die im Sanitätsdienstreglement und in mehrfachen Militärkommandobefehlen vorgeschriebenen ärztlichen Berichte (nach Art eines einfachen Parercs) bei Abgabe von der Geistesstörung verdächtigen Personen zur Beobachtung an eine Militärsanitätsanstalt ans Herz gelegt. Es ist nicht nur absolut unvorschriftsmäßig, sondern erschwert den Ärzten der letzteren ungemein ihre Aufgabe, wenn ihnen die Leute einfach mit einem Dienstzettel zugewiesen werden auf dem nichts als der lakonische Vermerk: „Zur Beobachtung des Geisteszustandes" verzeichnet steht. (Über Truppenbericht vide oben.)

Dem Truppenarzte obliegt auch nach dem Sanitätsdienstreglement (Db. N. — 13. I. § 38) in der Regel die Konstatierung von des Schwachsinnes verdächtigen Mannschaftspersonen, wozu ihm Heimatserhebungen und Truppenbericht behilflich sind. Abgabe derartiger Fälle in eine Militärsanitätsanstalt hat nur bei Simulationsverdacht oder bei unklarer, schwieriger Diagnose stattzufinden.

## B. In Deutschland.

Die Bestimmungen des § 51 D. St. G. sind auch für die Armee vollgiltig, die §§ 209 ff. M. St. P. O. enthalten das wichtigste über ärztliche Sachverständigentätigkeit.

Nach der „Dienstanweisung zur Beurteilung der Dienstfähigkeit" heißt es unter 1 E 15, „bestehende oder überstandene Geisteskrankheiten, sowie ein solcher Grad von geistiger Beschränktheit oder krankhafter seelischer Veranlagung, daß er die Ausbildung oder die Ausübung des militärischen Dienstes verhindert", macht zu jedem Militärdienst untauglich, und zwar sowohl vor wie nach der Einstellung. (D. V. E. Nr. 251.)

# Alphabetischer Index.

Buchdruckerei der Manzschen Verlags- und Universitäts-Buchhandlung, Wien.

